

**Identification de l'établissement** N° FINESS 210012670  
 Hôpital Privé Dijon Bourgogne  
 22 Avenue Française Giroud, 21000 DIJON

**CODE CATEGORIE** 365  
**Coefficient MCO** 0,9698  
**Coefficient HAD** 0,9698

**Références à rappeler**  
**Clé facture** P  
**N° de lot**  
**N° Facture** 241205381  
**N° dentrée** 24513376  
**N° Feuillet** 1/2

**Signature de l'assuré(e)**  
 **Absence de signature**

**Domiciliation bancaire de l'établissement** Direction Grandes Entrep  
**IBAN** FR76 1009 6181 0000 0806 5660 162 **Banque** 10096 **Gulchet** 18100 **Compte** 00080656601 **Bic** CMCIFRPP **Clé** 62

**Le bénéficiaire des soins**  
 Nom de naissance et prénom(s) **ROBERT-BETHUNE CORINNE**  
suivre s'il y a lieu du nom d'usage  
 Nom de naissance et prénom(s) **ROBERT-BETHUNE CORINNE**  
suivre s'il y a lieu du nom d'usage

N° d'immatriculation et clé **2 69 01 95 680 019 32**  
 Code organisme de rattachement **01211** Date et rang de naissance **11/01/1969 1**  
 N° centre gestionnaire **01 211 000** Date début hospitalisation  
 Entrée le **03/12/2024 11:46** Sortie le **04/12/2024**

N° d'immatriculation et clé  
 Adresse **34 rue sainte marguerite 21200 BEAUNE**  
 N° contrat/adhérent(e)  
(à compléter avec le POUJAUD COPRO)

**Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins**  
 Maladie  Accident causé par un tiers  
 Maternité  AT/MP  Exonération forfait journalier  
 Non  Oui  Non  Oui  Si oui, date Régime Alsace Moselle

**Frais de structure et de soins**

Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	Période		Prix unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
					Du	Au						Taux	Montant		
T			M GHS		03/12/24	04/12/24	253,20	1	1	225,55	245,55	80	196,44	29,11	16,84
			TDE		04/12/24	04/12/24	86,80	1	1	84,18	84,18	80	67,34	16,84	20,00
			FJ		03/12/24	03/12/24	20,00	1	1	20,00	20,00				
Sous-total 1										329,73	329,73		263,78		65,95

**Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques**

Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	N° identification du prescripteur	Date d'implantation	Prix unitaire/tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Taux	Régime obligatoire	Montant	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
Sous-total 2										329,73	329,73		263,78		65,95
Sous-total 1+2										329,73	329,73		263,78		65,95

**Acquittement de la facture**

Règlement du 03/01/2025 par Virement 39,89  
 du 22/01/2025 par Virement 65,95

Total encaissé 105,84 Solde 21,55

Le 28/03/2025 12:58:03:2025-13:48

