



MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

① 3016
7165

PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION CHIRURGICALE N° 0123003774
Valable du 30/06/2023 au 09/07/2023

CONTACT : Gestion Prestations 1
Ligne Directe : 03.84.75.19.20
Fax : 03.84.75.20.21
E-mail : : prestations@mutuelle-mmc.com

CLINIQUE DE LA MIOTTE

AV DE LA MIOTTE

90000 BELFORT

Vesoul, le 16 juin 2023

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande, nous vous indiquons ci-dessous nos remboursements en fonction de vos indications concernant le bénéficiaire cité ci-dessous :

Bénéficiaire : **CHERY MONIQUE ROSE** Né(e) le : **23/06/1959**

N° Dossier : **U036255** N° S.S. : **2590670530002 71**

Code Tiers National : **900000035**

Date d'entrée : **30/06/2023**

HOSPITALISATION CHIRURGICALE

DMT : 181 Chirurgie Générale et Spécialités Chirurgicales

Libellé Prestation	Durée En jours	Remboursement mutuelle
Frais de Séjour		Ticket Modérateur
Honoraires		Ticket Modérateur
Participation Forfaitaire		OUI
Forfait Journalier	10	20.00
Chamb.avec hébergement SC	10	45.00

La présente prise en charge est délivrée sur la base des informations communiquées par l'établissement et reprises dans le présent document et ne concerne que les établissements en secteur conventionné.

Notre règlement ne pourra pas excéder le montant des frais réels, et se fait **uniquement** par virement bancaire ou postal (**Joindre un RIB pour un tout premier paiement**).

Notre prise en charge sera plafonnée aux frais réellement engagés, après déduction du remboursement du régime obligatoire (pour les éléments remboursables uniquement) et des éventuels autres régimes complémentaires intervenant.

Sous réserve de cas d'exonération (invalidité, maternité, accident du travail, etc.), de la radiation du contrat, du paiement des cotisations et/ou de tout changement de la réglementation ou de produit.

La délégation de paiement ne s'applique pas sur :

- Les dépassements d'honoraires
- La chambre particulière sans hébergement (ambulatoire et hospitalisation de jour)
- Les frais d'accompagnement.

L'assuré demande la dispense d'avance de frais et le paiement direct à l'établissement pour la part remboursée par la mutuelle.

Bon pour accord

Date Signature de l'assuré

SERVICE PRESTATIONS

ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE - BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Date d'élaboration 07/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire MMC / PRAECONIS / prevaiois		Code M170706		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70006		BP 80283 VESOUL CEDEX	
Identification de l'établissement SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE AVENUE DE LA MIOTTE BP 109 90002 BELFORT CEDEX		N° Finess 900000035 Code catégorie 128		Référence à rappeler Clé de la facture C N° de Lot N° de facture 230774501 N° d'entrée 2307745 N° PEC AMC		Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>	
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30003		SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE SOCIETE GENERALE Guichet 00542		Compte 00020123815		Clé 61	
Le bénéficiaire des soins				L'assuré(e) titulaire du contrat AMC			
Nom de naissance et prénom(s) BOUCHONNET CLAUDE suivi s'il y a lieu du nom d'usage PLAISANCE				Nom de naissance et prénom(s) BOUCHONNET CLAUDE suivi s'il y a lieu du nom d'usage PLAISANCE			
N° immatriculation et clé 2440270473004 25		Code organisme de rattachement 01/701		Date et rang de naissance 20/02/1944 1		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte	
N° centre gestionnaire 1000		Date de début hospitalisation 04/07/2023		Adresse 5 IMP DES MYOSOTIS 70290 CHAMPAGNEY		u013696	
Entrée le 04/07/2023		Sortie le 04/07/2023					

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers	Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, date 00/00/00
Maternité <input type="checkbox"/>	AT/MP <input type="checkbox"/>	Exonération forfait journalier	Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
		Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>	

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'assurée
					Du	Au						Taux	Montant		
S			C	GHS	04/07/23	04/07/23	809.45	1	1.00	809.45	809.45	100.00	785.45		
S			C	PAS	04/07/23	04/07/23	24.00	1	1.00					24.00	
Sous-total 1										809.45	809.45		785.45	24.00	0.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations		N° identification prescripteur	Date d'implantation		Prix unitaire / tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée	
													Taux	Montant			
Sous-total 2												0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
Sous-total 1 + 2												809.45	809.45		785.45	24.00	0.00

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																					
Transfert	N° d'identification prescripteur	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elément de tarification		Quantité ou coefficient ou dénombrement	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
											Modificateur	Code remboursement						Taux	Montant		
S	1	251038659	15	30	01	04/07/23		ADC		271.70			1.00		271.70		271.70	100.00	271.70		
S	2	901001206	02	25	01	04/07/23		ADA		111.00			1.00		111.00		111.00	100.00	111.00		
Sous-total 3															382.70		382.70		382.70	0.00	0.00

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2									
MANDATAIRE(S)		N°		MANDATAIRE(S)		N°		MANDATAIRE(S)		N°			
B* SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE SOCIETE GENERALE				B*				B*					
Centre CCP ou banque 30003		Guichet 00542		Centre CCP ou banque		Guichet		Centre CCP ou banque		Guichet			
Compte 00020123815		Cle 61		Compte		Cle		Compte		Cle			
Montant facturé par le praticien.													
N°1 HARNIST PHILIPPE		N°2 MICHELET HUBERT		N°3		N°4		N°5		N°6		N°7	
ADELI 251038659		ADELI 901001206		ADELI		ADELI		ADELI		ADELI		ADELI	
€ 0.00		€ 0.00		€		€		€		€		€	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)				1192.15 €		Rappel du numéro de facture		230774501					



MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

7745
SERVICE CLIENTIER LE A 04107
17 JUL. 2023

PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION CHIRURGICALE N° 0123004119

Valable du 04/07/2023 au 13/07/2023

CONTACT : Gestion Prestations 1
Ligne Directe : 03.84.75.19.20
Fax : 03.84.75.20.21
E-mail : : prestations@mutuelle-mmc.com

CLINIQUE DE LA MIOTTE

AV DE LA MIOTTE

90000 BELFORT

Vesoul, le 3 juillet 2023

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande, nous vous indiquons ci-dessous nos remboursements en fonction de vos indications concernant le bénéficiaire cité ci-dessous :

Bénéficiaire : **PLAISANCE CLAUDE** Né(e) le : **20/02/1944**
N° Dossier : **U013696** N° S.S. : **2440270473004 25**

Code Tiers National : **900000035**
Date d'entrée : **04/07/2023**

HOSPITALISATION CHIRURGICALE
DMT : 181 Chirurgie Générale et Spécialités Chirurgicales

Libellé Prestation	Durée En jours	Remboursement mutuelle
Frais de Séjour		Ticket Modérateur
Honoraires		Ticket Modérateur
Participation Forfaitaire		OUI
Forfait Journalier	10	20.00
Chamb.avec hébergement SC	10	45.00

La présente prise en charge est délivrée sur la base des informations communiquées par l'établissement et reprises dans le présent document et ne concerne que les établissements en secteur conventionné.

Notre règlement ne pourra pas excéder le montant des frais réels, et se fait **uniquement** par virement bancaire ou postal (**Joindre un RIB pour un tout premier paiement**).

Notre prise en charge sera plafonnée aux frais réellement engagés, après déduction du remboursement du régime obligatoire (pour les éléments remboursables uniquement) et des éventuels autres régimes complémentaires intervenant.

Sous réserve de cas d'exonération (invalidité, maternité, accident du travail, etc.), de la radiation du contrat, du paiement des cotisations et/ou de tout changement de la réglementation ou de produit.

La délégation de paiement ne s'applique pas sur :

- Les dépassements d'honoraires
- La chambre particulière sans hébergement (ambulatoire et hospitalisation de jour)
- Les frais d'accompagnement.

L'assuré demande la dispense d'avance de frais et le paiement direct à l'établissement pour la part remboursée par la mutuelle.

Bon pour accord

Date Signature de l'assuré

SERVICE PRESTATIONS

Bonjour,
Vous trouverez en pièce jointe la prise en charge hospitalière demandée.
Cordialement
Service prestations



Mutuelle de la Méditerranée



François Chirade

- MMC 6, rue Paul Morel 70000 VESOUL

-

-

-

Identification de l'organisme complémentaire MEDICO CHIRURGICALE VESOUL		Code MEDIC70V01	Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70006 VESOUL CEDEX											
Identification de l'établissement Polyclinique de Franche-Comté 4 RUE RODIN, CS 62222 25052 BESANCON CEDEX		CODE CATÉGORIE	Coefficient MCO 0,9687 Coefficient HAD 0,9687	Références à rappeler Clé facture C N° de lot N° Facture 23070789 N° d'entrée B2317084 N° Feuillet 1/2										
Domiciliation bancaire de l'établissement ORCHAMPS VENNES		Bic AGRJFRPP825		Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>										
IBAN FR76 1250 6200 4956 5255 1271 753 Banque 12506 Guichet 20049 Compte 56525512717 Clé 53														
Le bénéficiaire des soins		L'assuré(e) titulaire du contrat AMC												
Nom de naissance et prénom(s) DUCOULOUX Francois <small>suivis s'il y a lieu du nom d'usage</small>		Nom de naissance et prénom(s) DUCOULOUX Francois <small>suivis s'il y a lieu du nom d'usage</small>												
N° d'immatriculation et clé 1 43 12 70 447 012 86 Code organisme de rattachement 01701 Date et rang de naissance 05/12/1943 1 N° centre gestionnaire 01 701 921 Date début hospitalisation Entrée le 26/06/2023 13:40 Sortie le 26/06/2023		N° d'immatriculation et clé Adresse 2 Route de Neuvelle 70190 NEUVILLE LES CROMARY		N° contrat/adhérent(e) P003101										
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins														
Maladie <input checked="" type="checkbox"/> Accident causé par un tiers Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, date Maternité <input type="checkbox"/> AT/MP <input type="checkbox"/> Exonération forfait journalier Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>														
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		
S	23	181	M GHS	26/06/23	26/06/23	531,81	1	1	491,16	515,16	100	491,16		
	23	181	PAT	26/06/23	26/06/23	24,00	1	1	24,00				24,00	
Sous-total 1										515,16	515,16	491,16	24,00	

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

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	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	
										Taux	Montant			
Sous-total 2														
Sous-total 1+2										515,16	515,16	491,16	24,00	

[illegible]

SERVICE COMMERCE
17 JUL. 2023

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ①			N° FINESS établissement ②			
MANDATAIRE(S)		N°	MANDATAIRE(S)		N°	
Domiciliation ORCHAMPS VENNES			Domiciliation			
RIB 12506 20049 56525512717 53			RIB			
IBAN FR76 1250 6200 4956 5255 1271 753 BIC AGRIFRPP825			IBAN		BIC	
Montant facturé par le praticien.						
n° 1	n° 2	n° 3	n° 4	n° 5	n° 6	n° 7
DALLE Simon	LUCAS Pauline	RINGENBACH Frédéric				
ADELI 251001152	ADELI 251034666	ADELI 251040721	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI
€ 242,00	€ 100,55	€ 75,29	€	€	€	€
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)		933,00 €	L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire <input checked="" type="checkbox"/>		L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire <input type="checkbox"/>	

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																							
Transfert	Numéro de case	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elément de tarification		Quantité ou coefficient de remboursement	Coefficient d'association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
													Modif.	Code cateur/emb. excep						Taux	Montant		
S	1			471003988	02	25	01	05/07/23		ADA		111.00	47		1.00		210.66	DA	140.66	100.00	140.66		70.00
S	2			471019026	15	35	02	05/07/23		ADC		271.70			1.00		411.70	DA	271.70	100.00	271.70		140.00
Sous-total 3															622.36		412.36		412.36	0.00	210.00		

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S)		N° 1,2		MANDATAIRE(S)		N°	
B* A.M.E.S.H STE GENERALE AGEN				B*			
Centre CCP ou banque 30003		Guichet 00010		Centre CCP ou banque		Guichet	
Compte 00037295678		Cle 34		Compte		Cle	
Montant facturé par le praticien.							
N°1 OGER PAUL MARIE		N°2 CHEVALIER JEROME		N°3		N°4	
ADELI 471003988		ADELI 471019026		ADELI		ADELI	
€ 0.00		€ 0.00		€		€	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)				1476.13 €			
Rappel du numéro de facture				233204401			

ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE - BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Date d'élaboration 07/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire MMC / PRAECONIS / prevaiois		Code M170706		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70006		BP 80283 VESOUL CEDEX	
Identification de l'établissement SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE AVENUE DE LA MIOTTE 90002 BELFORT CEDEX		N° Finess 900000035 Code catégorie 128		Référence à rappeler Clé de la facture C N° de Lot N° de facture 230819401 N° d'entrée 2308194 N° PEC AMC		Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>	
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30003		SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE Guichet 00542		SOCIETE GENERALE Compte 00020123815		Clé 61	

Le bénéficiaire des soins				L'assuré(e) titulaire du contrat AMC			
Nom de naissance et prénom(s) GHERIBI ILYES suivi s'il y a lieu du nom d'usage				Nom de naissance et prénom(s) GHERIBI NADEGE suivi s'il y a lieu du nom d'usage			
N° immatriculation et clé 2831125056098 55		N° immatriculation et clé 2831125056098 55		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte			
Code organisme de rattachement 01/701		Date et rang de naissance 22/08/2019 1		Adresse 1 RUE CHABON DELMAS 70400 HERICOURT			
N° centre gestionnaire 1000		Date de début hospitalisation 04/07/2023		Entrée le 04/07/2023		Sortie le 04/07/2023	

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, date 00/00/00
Maternité <input type="checkbox"/>	AT/IMP <input type="checkbox"/>	Exonération forfait journalier <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
				Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>

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'assurée
					Du	Au						Taux	Montant		
S			C	GHS	04/07/23	04/07/23	379.43	1	1.00	379.43	379.43	100.00	355.43		
S			C	PAS	04/07/23	04/07/23	24.00	1	1.00					24.00	
Sous-total 1										379.43	379.43		355.43	24.00	0.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	N° identification prescripteur	Date d'implantation	Prix unitaire / tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
											Taux	Montant		
Sous-total 2										0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Sous-total 1 + 2										379.43	379.43	355.43	24.00	0.00