

DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023004819
Valable du 31/05/2023 au 30/06/2023**PLANETE OPTIC****33 RUE DE LA CHAUSSE D'ANTIN****75009 PARIS****CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.98.41

Fax : 03.84.97.12.36

E-mail : service.optique@praeconis.fr

Vesoul, le 31 mai 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 : HADJADJ ELIANE Né(e) le : 27/09/1948**N° Dossier : N153447 N° S.S. : 2480999351437 57****Code Tiers National : 752634089**

Ce devis est établi en euros

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
Part.Mut./Lentilles NRSS 1	70.00			65.00
TOTAUX				65.00

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 la radiation du contrat, du paiement des cotisations et/ou de tout changement de la réglementation ou de produit et d'une facturation strictement identique au devis.

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

Bon pour accord

Date

Signature de l'assuré

26/06/2023

"Bon pour Accord"

SERVICE PRESTATIONS

CABINET D' OPHTALMOLOGIE
Chirurgie et maladies des yeux
Lentilles de contact

8, rue de Malleville
95880 ENGHIEEN LES BAINS
Tél: 01 30 10 59 46

Docteur Nihad HATEM

OPHTALMOLOGISTE
Ancien Praticien Contractuel
Ancien attaché des Hôpitaux

N° RPPS



10003748129

N° AM



951109800

le vendredi 7 avril 2023

Elane HADJADJ

LENTILLES DE CONTACT :

- OEIL DROIT : ALCON

DAILIES TOTAL1 Multifocal / Ro: 8,50 / Ø: 14,10 / +3,00 / Add HIGH

- OEIL GAUCHE : ALCON

DAILIES TOTAL1 Multifocal / Ro: 8,50 / Ø: 14,10 / +3,00 / Add HIGH

Lentilles à port MAXI : un jour

ORDONNANCE VALABLE POUR LA QUANTITE NECESSAIRE POUR 12 MOIS

PLANETE OPTIC

SAS MILO
33 Rue de la Chaussée d'Antin
75009 Paris
Tél: 01 48 74 21 20
Fax: 01 48 74 20 97
E-Mail: planeteoptic@wanadoo.fr

FINESS : 752634089

FACTURE COMPL. N° : F23/6811

Date acte : 26/06/2023

Date facture : 26/06/2023

N°PEC :

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **HADJADJ ELIANE**

Date de naissance : 27/09/1948

N° sécurité sociale : **2 48 09 99 351 437 57**

N° d'adhérent :

Assuré : **HADJADJ ELIANE**

Régime :

Prescrit par :

Docteur : **HATEM NIHAD**

Finess : **951109800**

En date du : 07/04/2023

Corrections :

D. Sph: +3.00 Add: +2.00

G. Sph: +3.00 Add: +2.00

Libellé	Prix facturé	Code LPP	Base	Rembt. 60%	Compl.	Assuré
DAILIES TOTAL 1 MULTIFOCAL 30L HIGH Ø14.1 (8.5) Boite de 30 Lentilles	35.00				35.00	0.00
DAILIES TOTAL 1 MULTIFOCAL 30L HIGH Ø14.1 (8.5) Boite de 30 Lentilles	35.00				30.00	5.00
TVA (20%) (€)	11.67					
TOTAL TTC (€)	70.00				65.00	5.00
NET A PAYER par l'assuré (€)	5.00					

Mentions légales

Facture acquittée

DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023004820
Valable du 31/05/2023 au 30/06/2023**PLANETE OPTIC****33 RUE DE LA CHAUSSE D'ANTIN**
75009 PARIS**CONTACT**Ligne Directe : 03.84.75.98.41
Fax : 03.84.97.12.36
E-mail : service.optique@praeconis.fr

Vesoul, le 13 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 : HADIADJ ELIANE Né(e) le : 27/09/1948**N° Dossier : N153447 N° S.S. : 2480999351437 57****Code Tiers National : 752634089**

Ce devis est établi en euros

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
V.c.B.C M-P.Sph> 0 S+C=< 8 1	110.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver D Fort.Cor CR 1	110.00	0.05		109.95
V.c.B.C M-P.Sph> 0 S+C=< 8 1	110.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver G Fort.Cor CR 1	110.00	0.05		109.95
Monture Adulte Classe B 1	120.00	0.05	0.03	0.02
Monture Opt Forte Cor CR 1	120.00	0.05		99.95
TOTAUX			0.09	319.91

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 la radiation du contrat, du paiement des cotisations et/ou de tout changement de la réglementation ou de produit et d'une facturation strictement identique au devis.

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

Bon pour accord

Date

Signature de l'assuré

26/06/2023

"Bon pour Accord"

H. Hanne

SERVICE PRESTATIONS

48

CABINET D' OPHTALMOLOGIE
Chirurgie et maladies des yeux
Lentilles de contact

8, rue de Malleville
95880 ENGHEN LES BAINS
Tél: 01 30 10 59 46

Docteur Nihad HATEM

OPHTALMOLOGISTE
Ancien Praticien Contractuel
Ancien attaché des Hôpitaux

N° RPPS



10003746129

N° AM



951109800

le vendredi 7 avril 2023

Eliane HADJADJ

- Une Monture :

- Verres PROGRESSIFS :

OEIL DROIT : +3,00 (-0,25 à 115°) Add 2,75

OEIL GAUCHE : +2,75 (-0,25 à 40°) Add 2,75

PLANETE OPTIC

SAS MILO
33 Rue de la Chaussée d'Antin
75009 Paris
Tél: 01 48 74 21 20
Fax: 01 48 74 20 97
E-Mail: planeteoptic@wanadoo.fr

FINESS : 752634089

FACTURE COMPL. N° : F23/6812

Date acte : 26/06/2023

Date facture : 26/06/2023

N°PEC :

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **HADJADJ ELIANE**

Date de naissance : 27/09/1948

N° sécurité sociale : **2 48 09 99 351 437 57**

N° d'adhérent :

Assuré : **HADJADJ ELIANE**

Régime :

Prescrit par :

Docteur : **HATEM NIHAD**

Finess : **951109800**

En date du : **07/04/2023**

Corrections :

VL D. Sph: +2.75 Cyl: +0.25 Axe: 25° Add: +2.75

VL G. Sph: +2.50 Cyl: +0.25 Axe: 130° Add: +2.75

VP D. Sph: +5.50 Cyl: +0.25 Axe: 25°

VP G. Sph: +5.25 Cyl: +0.25 Axe: 130°

Libellé	Prix facturé	Code LPP	Base	Rembt. 60%	Compl.	Assuré
OptiLenses Prima 17 1.5 Durci Org 70/75	110.00	2269692	0.05	0.03	109.97	0.00
OptiLenses Prima 17 1.5 Durci Org 70/75	110.00	2269692	0.05	0.03	109.97	0.00
Luxottica Ray ban 3447	120.00	2264861	0.05	0.03	99.97	20.00
TVA (20%) (€)	56.67					
TOTAL TTC (€)	340.00		0.15	0.09	319.91	20.00
NET A PAYER par l'assuré (€)	20.00					

Mentions légales

Facture acquittée



BNP PARIBAS

Relevé d'Identité Bancaire / IBAN

SAS MILO

33 RUE DE LA CHAUSSEE D ANTIN

75009 PARIS

Banque : **BNP Paribas**
Devise de tenue de compte : **EUR (EURO)**
Type de compte : **Compte chèque**

IBAN(1): **FR76 3000 4008 2200 0109 5640 166**

BIC(2): **BNPAFRPPXXX**

Code banque	Code agence	Numéro de compte	Clé RIB	Agence de domiciliation
30004	00822	00010956401	66	AGENCE PARIS TRINITE

(1) International Bank Account Number

(2) Business Identifier Code

(3) Relevé d'Identité Bancaire

M / 7 / 23

FACTURE		1
Mademoiselle Pauline JOURDAIN		
27 - PÉDICURE PODOLOGUE		
2, rue Edouard Belin		
70000 VESOUL		
70 8 00024	5	00 1 30 1 27
CAB. CONV. 20 K 6500		
Adresse de livraison (si différente)		

Notre N° TVA	Votre N° TVA
1	
2	
3	
4	
5	
Soin de pédicure	
35€	
REÇU LE	
17 JUL. 2023	
Payé en espèces	
RÈGLEMENT :	TOTAL H.T.
ÉCHÉANCE :	% T.V.A.
	TOTAL T.V.A.
	TOTAL T.T.C.

En cas de retard de paiement, seront exigibles, conformément à l'article L441-6 du code de commerce, une indemnité calculée sur la base de trois fois le taux de l'intérêt légal en vigueur ainsi qu'une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40 euros.

CLASSE DE RÉSERVE DE PROPRIÉTÉ : En application de la loi 80-335 du 12 mai 1980, les marchan-

Cabinet d'Ostéopathie

Ambrosini Alice

E.I

4 rue des Roches

70160 Breurey-Lès-Faverney

Port. : 06.17.12.93.45

ambrosini.alice@lilo.org

<https://aliceambrosini-osteopathe.jimdofree.com/>

REÇU LE
17 JUL. 2023

Alice Ambrosini

Facture n° : 20230600001300

Date du document : 28/06/2023

A l'attention de :

BERNET Joel

Date de naissance : 09/09/1968

FACTURE

Libellé	Qté	Tarif
Consultation en ostéopathie	1	55 EUR

Montant Total	55 EUR
----------------------	---------------

Commentaires :

Mode de règlement : Chèque

A Breurey-Lès-Faverney, le 28/06/2023



REÇU LE
17 JUL. 2023

• **ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE**

Clinique Saint Vincent / Clinique Saint Martin

11 rue du Dr Noël Courvoisier 70000 VESOUL

Tél. 03 39 70 97 00 - Fax. 03 39 70 96 97

www.saint-vincent-anesthesie-reanimation.fr

Facture ACQUITTEE d'honoraires complémentaires

Je soussigné, Docteur **FAYE Kévin** Anesthésiste Réanimateur
conventionné OPTAM, certifie avoir reçu de

Madame VIEL Fanny né(e) le 10/08/1996

La somme de **70** euros correspond aux honoraires complémentaires de
l'intervention du **12/04/2023** (par le Dr **HOLL Sabine**) dont le code CCAM figure sur le
bordereau de facturation de la Clinique Saint-Martin.

Ce supplément d'honoraires non remboursé par l'assurance maladie peut être pris
en charge par votre mutuelle complémentaire selon votre contrat.

REÇU LE
17 JUL. 2023
CARTE BANCAIRE
CREDIT AGRICOLE
FRANCHE-COMTE
A0000000421010
CB
le 12/07/23 à 11:51:26
SVAR
70000
VESOUL
3064692 12506
Siret 90042737800030
xxxxxxxxxx9168
F3D741ABDE4934BC
001 000006 C @
No AUTO:135661
MONTANT: 70,00 EUR
DEBIT
TICKET CLIENT
A CONSERVER
MERCI AU REVOIR
0450209326

Dr FAYE Keyin
02-Anesthésiste-Réanimateur
Conventionné secteur 2
11 rue du Dr Noël COURVOISIER
70000 VESOUL / tel 03 39 70 97 00
RPPS 10100997435/ADELI 701700452

**Bordereau à transmettre à votre mutuelle afin de bénéficier de l'éventuel
remboursement de ces honoraires complémentaires.**

N° Adhérent : N135981