

**PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE N° 0323000293**  
Valable du 19/04/2023 au 28/04/2023

**CONTACT : Gestion Prestations 1**  
Ligne Directe : 03.84.75.19.20  
Fax : 03.84.75.20.21  
E-mail : service.prestations@praeconis.fr

**TRESORERIE PRINCIPALE EPS ERASME**  
**143 AV ARMAND GUILLEBAUD**  
**92161 ANTONY**

Vesoul, le 12 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 : **GAURON LOIC** Né(e) le :**28/05/1988**  
N° Dossier : **N125883**      N° S.S. : **1880521278058 42**

Code Tiers National : **920002177**  
Date d'entrée : **19/04/2023**

**HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE**  
**DMT : 860 HOSPITALISATION COMPLETE DE**  
**PLUS DE 18 ANS**

Libellé Prestation	Durée En jours	Remboursement mutuelle
Frais de Séjour		Ticket Modérateur
Honoraires		Ticket Modérateur
Participation Forfaitaire		OUI
Forfait Journalier	30	15.00

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

17 JUIL. 2023

**PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE N° 0323000368**

Valable du 19/05/2023 au 28/05/2023

**CONTACT : Gestion Prestations 1**

Ligne Directe : 03.84.75.19.20

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : service.prestations@praeconis.fr

**TRESORERIE PRINCIPALE EPS ERASME**

**143 AV ARMAND GUILLEBAUD**

**92161 ANTONY**

Vesoul, le 14 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 : GAURON LOIC Né(e) le : 28/05/1988  
N° Dossier : N125883 N° S.S. : 1880521278058 42

Code Tiers National : 920002177

Date d'entrée : 19/05/2023

**HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE**  
**DMT : 860 HOSPITALISATION COMPLETE DE**  
**PLUS DE 18 ANS**

Libellé Prestation	Durée En jours	Remboursement mutuelle
Frais de Séjour		Ticket Modérateur
Honoraires		Ticket Modérateur
Participation Forfaitaire		OUI
Forfait Journalier	30	15.00

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

**De:** "Krys Gray, Magasin" <gray-lumieres@krys.com>  
**Date:** samedi 15 juillet 2023 11:37  
**A:** "Service Optique MMC" <serviceoptique@mutuelle-mmc.com>  
**Objet:** demande de règlement dossier Stasienko Alain

Bonjour,

Veuillez trouver ci-joint les documents pour effectuer le règlement du dossier optique de Monsieur Stasienko Alain

Cordialement

--

Votre opticien krys



Adresse magasin : RUE DES FRERES LUMIERE -70100 -GRAY

Téléphone magasin : 03.84.64.50.62

Fax magasin : 03.84.64.50.63

[gray-lumieres@krys.com](mailto:gray-lumieres@krys.com)

Jours et Horaires ouverture magasin :

Lundi : 14h00 - 19h00

Du mardi au samedi : 9h00-12h00 et 13h30-19h00

Retrouvez Krys sur  
[www.krys.com](http://www.krys.com)



# Facture subrogatoire RC MMC (Mutuelle Médico Chirurgicale)

Votre opticien  
s'engage

Qualité de service certifiée  
AFNOR Certification



## KRYS GRAY

SARL TIP T'OPTIC - KRYS  
ZAC GRAY SUD  
RUE DES FRERES LUMIERE  
70100 GRAY (France)

Tél : 03 84 64 50 62 Fax : 03 84 64 50 63

Email : gray-lumieres@krys.com

N° Finess : 702690751

Code NAF : 4778A

N° FS 8615

Facture de vente n° 34411

STASIENKO - Alain - 70140 - LA GRANDE RESIE

Date de facturation 10/07/2023

Référence accord PEC 1023005749

Date accord PEC 29/06/2023

N° traçabilité : 481271630001

## MMC (Mutuelle Médico Chirurgicale)

6 Rue Paul Morel  
CS 80283  
70006 VESOUL CEDEX

Tél: 0384759841 Fax: 0384971236

Assuré		Bénéficiaire									
Idem		M. ALAIN STASIENKO									
N° SS	Idem	N° SS 1550259350450 70									
RO	CPAM 70 - Vesoul	Date naissance 23/02/1955									
Centre SS	01 - 701 - 0000	Rang 1									
Ordonnance du 27/06/2023						Ophtalmologiste: SOULIE STROUGAR Matthieu N° 211701149					

DESIGNATION (Nbre lignes : 7)	CODE LPP / Regroup.	QTE	P.U. HT (en €)	BRUT TTC (en €)	HT (en €)	NET (en €)	TVA (en %)	BASE 100% (en €)	Taux Remb.	*PART RO (en €)	PART RC (en €)
Oga OG101840 NB21 NOIR/BLEU.BLEU- 49/22	2264861 / M03	1	193,33	232,00	193,33	232,00	20,00	0,05	60%	0,03	99,97
OD - Signature Krys MyUNIF 16 SUV CLEAN BLUE Ø 75 - Codir_Signature Krys	2209460 / VU2	1	95,83	115,00	95,83	115,00	20,00	0,05	60%	0,03	114,97
Clean Blue	Non Remb.	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00
OG - Signature Krys MyUNIF 16 SUV CLEAN BLUE Ø 75 - Codir_Signature Krys	2209460 / VU2	1	95,83	115,00	95,83	115,00	20,00	0,05	60%	0,03	114,97
Clean Blue	Non Remb.	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00

Cet équipement a bénéficié de l'offre:

Je soussigné(e), M. Alain STASIENKO, atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et donne pouvoir au fournisseur pour percevoir directement la participation de la caisse et/ou de la mutuelle sur la part des frais pris en charge.  
J'atteste sur l'honneur de n'avoir bénéficié à ce jour d'aucun forfait optique au titre de l'année en cours.

### COORDONNÉES BANCAIRES À UTILISER :

Banque : CAISSE D'EPARGNE

IBAN / BIC : FR76 1213 5003 0008 0018 2493 959 / CEPAFRPP213

Date 15/5/2023

Signature

BRUT TTC	HT	NET TTC	Montant TVA	TOTAL TVA par taux (Code) Taux HT TVA	CPAM 70 - Vesoul	MMC (Mutuelle Médico Chir	RESTE A CHARGE CLIENT
462,00€	384,99€	462,00€	77,01€	(52) 20,00% 384,99€ 77,01€	0,09€	329,91€	132,00€

**Docteur Matthieu SOULIE STROUGAR**

*Ancien chef de clinique assistant  
A la faculté de médecine de Dijon*

**OPHTALMOLOGISTE**

**MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX**

Idnat : 211043955

Parc d'activité Valmy "Les Jardins de Valmy"

38 Avenue Françoise Giroud

21000 DIJON

[info@ophtalmovalmy.fr](mailto:info@ophtalmovalmy.fr)

TEL : 03 80 41 67 18

FAX : 03 80 35 51 03

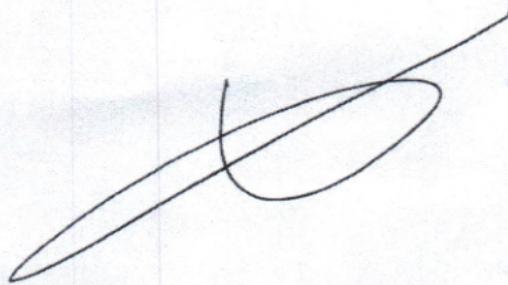
Monsieur STASIENKO Alain

Dijon, le mardi 27 juin 2023

**UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURES :**

Œil droit : (50° -0.75) -2.75

Œil gauche : (135° -0.75) -2.50





**MMC**  
6 rue Paul MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX

**DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023005749**  
Valable du 28/06/2023 au 27/07/2023

**KRYS**

**ZAC GRAY SUD  
RUE DES FRERES LUMIERES**

**70100 GRAY**

**CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.98.41

Fax : 03.84.97.12.36

E-mail : serviceoptique@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 28 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 : STASIENKO ALAIN Né(e) le :23/02/1955

N° Dossier : N149930 N° S.S. : 1550259350450 70

Code Tiers National : 702690751

Ce devis est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
V.cB.S Uni-6< Sph<0 Cyl<4 1	115.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver D Faib.Cor CR 1	115.00	0.05		114.95
V.cB.S Uni-6< Sph<0 Cyl<4 1	115.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver G Faib.Cor CR 1	115.00	0.05		114.95
Monture Adulte Classe B 1	232.00	0.05	0.03	0.02
Monture Opt CR T.Libre 1	232.00	0.05		99.95
<b>TOTAUX</b>			<b>0.09</b>	<b>329.91</b>

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

11 Juillet 2023

SERVICE PRESTATIONS

# AVIS DES SOMMES A PAYER

HOPITAL

BENEFICIAIRE

OBS. ASSURE

CHI nord ARDENNES  
CH CHARLEVILLE MEZIERES  
45 AV MANCHESTER BP 10900

08011 CHARLEVILLE-MEZIERES  
Nom BIGAND  
Nom J.F. DEBOIS  
Prénom JOCELYNE  
Né(e) le 16/09/1937  
Adresse 45 RUE DE LA CLAIRIERE

08000 CHARLEVILLE MEZIERES  
N° IEP 514420474/011 N° IPP 010137963  
Risq.28  
ENTREE: 03/06/2023 SORTIE : 09/06/2023  
Nom BIGAND JOCELYNE  
NN 237090810502380 Ben  
ORG. 010810000 N° Mutualiste

Séjour du 03/06/2023 au 09/06/2023

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE	PREST	UF
030623	Médecine autres UM-HC	11	1,00	1081,94			03-216	1060
030623	FORFAIT JOURNALIER	49	1,00	20,00	100	20,00	03-216	1060
040623	Médecine autres UM-HC	11	5,00	1081,94			03-216	1060
040623	FORFAIT JOURNALIER	49	5,00	20,00	100	100,00	03-216	1060
090623	FORFAIT JOURNALIER	49	1,00	20,00	100	20,00	03-216	1060

SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2023

## RENSEIGNEMENTS TRÉSOR PUBLIC

9H-11H30 \* 13H30-16H00 FERME LE SAMEDI TRESORERIE ETS HOSP 41 AVN MANCHESTER 08000 CHARL.

Quittance

Téléphone 0324587141 BDF BDF C0810000 RIB 3000100534C081000000077  
IBAN FR383000100534C081000000077 BIC BDFEFRPPCCT

140,00

€

€ Acompte

140,00

€ A PAYER

TRESORERIE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE CHARLEVILLE-MEZIERES  
JOINDRE LE TALON CI-DESSOUS A VOTRE REGLEMENT, LA QUITTANCE VOUS SERA ENVOYEE

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis  
Débiteur: 469887

## IDENTIFICATION

PC. 008011

\* H \*

CH. 074 011

EXC. 2023

DOS. 514420474

TIT. 169754

## TALON DE PAIEMENT à joindre à votre paiement

MMC PRAECONIS PREVALOIS  
6 R PAUL MOREL  
BP 283  
70006 VESOUL CEDEX

999063  
CHI nord ARDENNES

€

Références HTR - n° codique 008011  
étab 99 exercice 2023

n° entrée 514420474  
n° titre 230169754099100

Montant 140,00 Euros

TRESORIER DES ETAB. HOSP  
41 AVENUE DE MANCHESTER  
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

montant en euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

Montant: 140,00 €

000000099230

999063000195 12001697545144204740080112963806

14000

N° TITRE	169754
Emis et rendu	/07/2023
exécutoire le	
N° Bordereau	10551
N° Feuillet	1
Exercice	2023
RDT	

TRESORIER DES ETAB. HOSP  
41 AVENUE DE MANCHESTER  
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

EXP.

Destinataire

## **COMMENT PAYER VOTRE FACTURE ? (payable à réception)**

### **• PAR INTERNET**

➤ Régalez votre facture 24h/24 et 7j/7 en toute simplicité et sécurité sur le site internet de l'établissement - <https://www.hopitaux-nord-ardennes.fr> - Espace ViaPatient  
- Paiement en ligne.

### **• PAR CHEQUE**

➤ Adressez votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du **TRESOR PUBLIC**, au centre d'encaissement avec le talon de paiement dans l'enveloppe à fenêtre ci-jointe.  
N'adressez aucun autre document au Centre d'encaissement.

### **• PAR VIREMENT BANCAIRE**

➤ En rappelant les références du titre portées en haut à droite du présent avis établi à l'ordre du **TRESOR PUBLIC** (références bancaires figurant au verso).

### **• PAR CARTE BANCAIRE**

➤ Auprès du **TRESOR PUBLIC** et des buralistes agréés.

### **• EN ESPECES**

➤ Auprès des buralistes agréés dans la limite de 300 €.

### **Vous avez des difficultés pour payer la somme qui vous est réclamée ?**

Adressez-vous au Trésor Public, muni des justificatifs de votre situation. Il est possible de mettre en place un écheancier.

### **Vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou l'avis de sommes à payer reçu ?**

Adressez-vous au service Patientèle compétent précisé en haut du présent avis.

### **Voies de recours :**

Article L6145-9 du code de la Santé Publique et article L1617-5 du code général des collectivités territoriales. Dans le délai de deux mois suivant la réception du présent document, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif compétent.

**De:** "REMIREMONT2" <remiremont2@optalor.com>  
**Date:** samedi 15 juillet 2023 11:57  
**A:** "Service Optique MMC" <serviceoptique@mutuelle-mmc.com>  
**Objet:** facturation dossier optique Paget finess 882606130

Bonjour,

Veuillez trouver ci-joint le dossier.

Bonne journée

Bien cordialement,



## MIRETTES & ECOUTILLES REMIREMONT

*OPTIQUE PAGET*

---

03 29 62 25 26  
23 Rue de la Xavée  
88200 REMIREMONT

*mirettes-et-ecoutilles.com Les opticiens qui vous écoutent*



**MMC**  
6 rue Paul MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX

**DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023005827**

Valable du 30/06/2023 au 29/07/2023

**Optique PAGET**

**23 RUE de la Xavée**

**88200 REMIREMONT**

**CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.98.41  
Fax : 03.84.97.12.36  
E-mail : serviceoptique@mutuelle-mmc.com

Madame, Monsieur,

Vesoul, le 30 juin 2023

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

Bénéficiaire : BAZIN GINO Né(e) le :26/04/1956

N° Dossier : N145776 N° S.S. : 1560488160094 88

Code Tiers National : 882606130

Ce devis est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
V.cA.C Multifocal ou Prog 1	90.00	27.00	16.20	10.80
PartMut Ver D Fort.Cor R0 1	90.00	27.00		63.00
V.cA.C Multifocal ou Prog 1	90.00	27.00	16.20	10.80
PartMut Ver G Fort.Cor R0 1	90.00	27.00		63.00
Monture Adulte Classe A 1	30.00	9.00	5.40	3.60
Monture Opt Forte Cor R0 1	30.00	9.00		21.00
<b>TOTAUX</b>			<b>37.80</b>	<b>172.20</b>

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 règlementation 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 30/6/23 Signature de l'assuré

**SERVICE PRESTATIONS**

Le pa