

AVIS D'ANNULATION

Si vous avez déjà payé en totalité : cet avis peut donner lieu à remboursement ou imputation sur d'autres factures à payer suivant votre situation.

Si vous n'avez pas encore payé ou si vous avez payé en partie : déduisez le montant annulé de cet avis du montant total restant dû de l'avis initial.

RENSEIGNEMENTS HOPITAL

Pour obtenir des explications sur cet avis d'annulation ou les modalités de remboursement éventuel, contactez le service de l'hôpital indiqué au recto qui est le seul compétent pour vous répondre.

Dans un délai de 2 mois suivant la notification du présent acte (article L.1645-9 du code de la santé publique), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le Tribunal Administratif de Paris.

Compte budgétaire	Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Maio	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux TVA
73241211	06		ADI - ACTES D'IMAGERIE	Y	09/06/23	1,00	-29,95		-29,95	30,00		-8,98	
73241211	06		ADI - ACTES D'IMAGERIE	Y	09/06/23	1,00	-29,95		-29,95	30,00		-8,98	
73241211	06		ADI - ACTES D'IMAGERIE	Y	09/06/23	1,00	-23,10		-23,10	30,00		-6,93	
Montant total TTC à votre charge												-24,89	

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;
P : Urgence pédiatrie ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Titre exécutoire en application de l'article L. 252A du livre des procédures fiscales, pris, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles R.2342-4 et D.3342-11 du code général des collectivités territoriales.

Page 2 / 2
N° titre : 234290899028300

Ouverture du guichet : lundi-vendredi 9h-13h sans rdv et 13h-16h30 avec rdv
Accueil téléphonique : 01.80.97.30.00
Accueil électronique : www.aphp.fr/formulaire/une-question

17 JUL. 2023

DIRECTION SPECIALISEE
DES FINANCES PUBLIQUES POUR L'APHP
4 RUE DE LA CHINE - BATIMENT GALIEN
CS 50046
75982 PARIS CEDEX 20

Références à rappeler

N° de titre : **234358245075000** Compte Client : **143562**

Commande du : Livrée le :

N° du titre annulé :

Réservé à l'administration

Exercice : **2023** Code débiteur :

Hôpital

HEGP
20-40 RUE LEBLANC
75908 PARIS CEDEX 15

PRAECONIS DEVELOPPEMENT MUTUALISE
6 RUE PAUL MOREL
NAVENNE
70006 VESOUL CEDEX

Tél : 01 56 09 31 69

Produit : **TRAITEMENTS EXTERNES**

N° SIRET : **26750045201191** Code FINES : **750803447**

N° TVA Intracommunautaire : **FR.95.267.500.452**

Client

Donneur d'ordre
PRAECONIS DEVELOPPEMENT MUTUALISE
6 RUE PAUL MOREL
NAVENNE
70006 VESOUL CEDEX

Patient

BENKHLAFA AMALE
BENKHLAFA
27620 GASNY

Assuré

BENKHLAFA AMALE
N° S.S. : **275099408108744**
Bénéficiaire : 0 Régime :
Organisme :
Risque : 00
Prise en charge
Date Hosp. Ant. : Coeff :
Référence : Taux : 0
Du : **20/06/2023** au : **31/12/2023**

Accident du travail

Date :
N° :
Parcours de Soins
Parcours :
Médecin : **MORRI RABAB**
Facturation
Du : **20/06/2023** Mode d'entrée : **Normal**
Au : **20/06/2023** Mode de sortie :
N° Entrée : **U752323026** NIP/IPP : **8015565967**

Récapitulatif

Montant total de la facture

HT

19,61

TVA

0,00

TTC

19,61

Somme restant à payer

19,61 €

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS


FINANCES PUBLIQUES

Voir consignes de paiement détaillées au verso.

**PAIEMENT EN
LIGNE**



**PAIEMENT DE
PROXIMITE**



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



Exercice : 2023
N° de titre : 234358245075000
Compte Client : 143562
MONTANT en euros : 19,61

PRAECONIS DEVELOPPEMENT MUTUALISE
6 RUE PAUL MOREL
NAVENNE
70006 VESOUL CEDEX

Talon de paiement

CENTRE D ENCAISSEMENT
DES FINANCES PUBLIQUES

94974 CRETEIL CEDEX 9

NE RIEN INSCRIRE SOUS CE TRAIT - NE PAS PLIER

000000001239

321435000128 93050750002343582400753002986806

1961

1) COMMENT PAYER CETTE FACTURE DANS LES 30 JOURS :

-Si vous payez par virement bancaire adressé à la direction spécialisée des finances publiques pour l'AP-HP, indiquez dans sa zone de libellé le numéro de titre (15 caractères) figurant dans la rubrique « Références à rappeler » en haut à gauche du verso de la présente facture, faute de quoi votre paiement sera rejeté. Si vous payez plusieurs factures au moyen d'un seul virement, mentionnez dans cette zone votre numéro de compte client (6 caractères) et adressez-nous simultanément la liste de tous les numéros de titres concernés par message électronique à daphp.encaissements@dgfip.finances.gouv.fr pour que votre paiement puisse être enregistré. Nos coordonnées bancaires sont les suivantes : IBAN FR13 3000 1000 64W7 5300 0000 037 ;

-Vous pouvez aussi payer cette facture avec votre carte bancaire sur notre site internet sécurisé www.aphp.fr en cliquant l'icône "Payer en ligne" ou en flashant le QR-code imprimé, en bas à gauche, au recto.

en toute simplicité, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. L'ensemble de vos factures à payer y est consultable. Vous trouverez en ligne les consignes à suivre ainsi qu'une foire aux questions sur ce mode de paiement déjà utilisé par des milliers de personnes chaque jour ;

-A défaut, vous pouvez enfin payer par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public à adresser par voie postale à notre centre d'encaissement des chèques de Créteil (adresse mentionnée sur le talon de paiement). Joignez impérativement le "talon de paiement", détaché en bas du recto de la présente facture, à votre chèque dans l'enveloppe retour ci-jointe, sans agrafe, sans trombone et sans aucune lettre d'accompagnement qui ne pourrait pas être traitée par ce centre.

2) AUTRES DEMARCHES POSSIBLES CONCERNANT CETTE FACTURE :

Si vous souhaitez obtenir des renseignements supplémentaires sur cette facture, après avoir consulté la documentation en ligne sur notre site Internet www.aphp.fr, complétez le formulaire en ligne, en vous munissant de la présente facture, sur notre site www.aphp.fr/formulaire/une-question.

Après sélection de "Facturation et paiement" dans le premier menu de ce formulaire, choisissez avec soin la nature de votre demande dans son second menu pour qu'elle soit transmise automatiquement à notre service compétent pour y répondre sachant qu'il est différent pour :

-Une question sur le contenu de la facture (son calcul, la prise en compte de votre couverture sociale, les soins indiqués...)

-Une question sur le paiement de la facture (les moyens de paiement, les conséquences d'un retard de paiement...)

Un courrier de contestation de facture doit être adressé directement et uniquement au service de l'AP-HP dont les coordonnées figurent en haut à gauche du verso de la présente facture ("Hôpital...").

Vous pouvez contester le présent acte en saisissant directement le Tribunal administratif s'il s'agit d'une facture de soins ou le Tribunal d'instance pour les autres factures, territorialement compétent dans un délai de deux mois suivant sa notification, conformément au 2° de l'article L.1617-5 du code général des collectivités territoriales. Par titre rendu exécutoire en application du 6° de l'article L.111-3 du code des procédures civiles d'exécution, de l'article L.252A du livre des procédures fiscales, des articles L.1617-5 et D.1617-23 du code général des collectivités territoriales et L.6145-9 et R.6145-54-4 du code de la santé publique, le détail de la somme qui vous est réclamée est le suivant :

Compte budgétaire	Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux TVA
73242410			FPU - FORFAIT PATIENT URGENCES		20/06/23	1,00	19.61		19.61	100,00		19,61	
Montant total TTC à votre charge												19,61	

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;
P : Urgence pédiatre ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Titre exécutoire en application de l'article L. 252A du livre des procédures fiscales, pris, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles R.2342-4 et D.3342-11 du code général des collectivités territoriales.

Page 2 / 2
N° titre : 234358245075000

Volet 2 débiteur

Titre émis et rendu exécutoire en application de l'article L252A du livre des procédures fiscales et de l'article L6145-9 du code de la santé publique.

000000000101 22023006690002171600000002907806 176000

AXEO SUIN

38 RUE DE PARIS
59300 Valenciennes
axeosuin@gmail.com
Tél: 0327282010
FINESS: 592693188

AMO
CPAM CPAM du Hainaut
Num. affiliation: 01 599 0000

AMC
PRAECONIS MUT MMC
AMC: 778542852 [70000854]

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

FACTURE RELATIVE AUX AIDES AUDITIVES

Document	Référence Facture / Santé	Date Facture	Référence Devis	Conseiller
FACTURE	2549 / 000001189	12 juil. 2023	230622498	Jules

Patient: **HEDIART Paul**
NIR: 1 44 07 59 632 053 95
Né(e) le: 3 juil. 1944. 79 ans
53 RUE FRANC A LOUER
59530 VILLEREAU

Audioprothésiste: **Jules SUIN**
ADELI: 592603187

Date Prescription: 27 févr. 2023
Prescripteur: **POTEAU bernard**
ADELI: 591099429

Renouvellement (interne)

Designation	Prx HT	Qté	CTVA	Total HT	Total TTC
ACA Droit PID 7340093 GN RESOUND Vibrant 5 - VB561-DRW Classe I Taux 60% Remb. Sécu 240.00 € Num. série: 2326034765 Fin de garantie: 12 juil. 2027 (48 mois)	900.47 €	1	5.5%	900.47 €	950.00 €
ACA Gauche PIG 7340124 GN RESOUND Vibrant 5 - VB561-DRW Classe I Taux 60% Remb. Sécu 240.00 € Num. série: 2326120482 Fin de garantie: 12 juil. 2027 (48 mois)	900.47 €	1	5.5%	900.47 €	950.00 €

Total 1 800.94 € **1 900.00 €**

Montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) (2) 480.00 €

Montant pris en charge par l'organisme complémentaire d'assurance maladie (AMC) (3) 1 420.00 €

Montant total du reste à charge 0.00 €

Règlement au tiers payant AMO

Total HT	CTVA	Montant TVA	Détail encaissements	Montant	Reste à payer TTC	Encaissé
1 800.94 €	5.5%	99.06 €	12 juil. 2023	Client CH	1 420.00 €	0.00 €
Total TVA		99.06 €			AMO	480.00 €
					Assuré	0.00 €
						1 420.00 €

Facture acquittée le 12 juil. 2023

facture acquittée

SAS AXEO SUIN
38 Rue de Paris
59300 VALENCIENNES
RCS Valenciennes 852925080
TVA: Fr 30852925080 NAF 4778A
Société Capital de 5000 €

**SASU AXEO SUIN**

SIRET 85292508000016 - TVA FR30852925080 - NAF 4778A
38 RUE DE PARIS - 59300 Valenciennes FR - Tél 0327282010 - Mail axeosuin@gmail.com
B0136Rnbx II L2 OI01 20230712153405 AXEO2 V6.6 7.0

DOCTEUR BERNARD POTEAU - EI -
MÉDECINE GÉNÉRALE

10, rue de l'Aulette - 59530 Le Quesnoy

Tél : 03 27 26 07 36

Consultations sur rendez-vous :

du Lundi au Vendredi

Consultations libres :

Samedi de 8 h à 10 h

Absent le Vendredi après-midi

N° RPPS



10002223013

270223

M. H. L. P.

P. M. S. 2212

02

Signature

023860900200

En cas d'urgence vitale, composer le 15.

Les visites doivent être demandées le matin avant 9 heures.

Membre d'une A.G.A., le paiement par chèque est accepté.

N° AM



591099429

Titre exécutoire en application de
par Mr PIGNY FREDERIC, DIRECTEUR

Titre exécutoire en application des articles L.252A du LPF et L.1617-5, R.2342-4 et D.3342-11 du CGCT et L.6145-9 du code de la santé.

SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC		Quittance	16,50	€
Guichets lundi, mardi, jeudi 8H30-12H / 13H30-16H et mercredi, vendredi 8h30-12h				
Téléphone 0558066198	BDF BQUE DE FRANCE	C4000000	RIB 3000100554 C4000000 00086	€
	IBAN FR823000100554 C4000000 00086	BIC BDFEFRPPCCT	16,50	€
				Acompte
				A PAYER

Vous avez la possibilité de payer en ligne depuis le site www.ch-mt-marsan.fr

TALON DE PAIEMENT Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis Débiteur: 302247		PRAECONIS 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL CEDEX		850033 CENTRE HOSPITALIER MONT DE MARSAN € *	
IDENTIFICATION PC. 040009 CH. 054 ET. 054 EXC. 2023 DOS. TIT. 047020522 621844		Références: HTR - n° codique 040009 étab 54 exercice 2023 n° entrée 047020522 n° titre 230621844054000		TRESORERIE MT MARSAN DAGA 12 Av DE DAGAS BP 363 40012 MONT DE MARSAN CEDEX	
Montant : 16,50 euros		Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier		montant en euros	
Montant : 16,50 €		000000054231		950033000169 67006218440470205220400092974806 1650	

ATTENTION

SI VOUS DEVEZ VOUS FAIRE REMBOURSER

(1)

CONSERVER LA PARTIE n° 1
ATTENDRE LA DECLARATION DE PAIEMENT DU TRESOR PUBLIC
ENVOYER ENSUITE LE TOUT A VOTRE ORGANISME CHARGE DU REMBOURSEMENT

RENSEIGNEMENTS, RÉCLAMATIONS, DIFFICULTÉS DE PAIEMENT

Renseignements

Si vous souhaitez obtenir des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues ou si vous estimez qu'une erreur a été commise, adressez vous au Centre Hospitalier de Mont de Marsan, service de la Patientèle.

Vous pouvez interroger ce service par téléphone (Voir au recto : RENSEIGNEMENTS HÔPITAL).

Réclamations

Si vous avez une réclamation amiable à formuler. Adressez vous au Centre Hospitalier de Mont de Marsan, service de la Patientèle qui a qualité pour rectifier éventuellement le présent avis.

Veuillez avoir l'obligeance d'informer également le Trésor Public (par lettre, téléphone ou directement à son bureau) de votre démarche en précisant les références du titre figurant au verso.

ATTENTION la contestation amiable ne suspend pas le délai de saisie du juge.

Difficultés de paiement

Si vous avez des difficultés pour régler la somme qui vous est réclamée, adressez vous au Trésor Public en vous munissant du présent avis et des justificatifs de votre situation.

VOIE DE RECOURS

Dans le délai de 2 mois suivant la notification du présent acte (article L.6145-9 du Code de la Santé Publique et article L.1617-5 du Code Général des Collectivités Territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le Tribunal Administratif.

Si vous souhaitez être assisté d'un avocat et si vous remplissez les conditions fixées par la loi n° 91647 du 10 juillet 1991, vous pouvez bénéficier de l'aide juridictionnelle. Vous devez en formuler la demande auprès du Tribunal de Grande Instance.

**TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LE CENTRE HOSPITALIER
OU LE TRESOR PUBLIC DOIT ÊTRE AFFRANCHIE.**

SI VOUS REGLEZ

TALON DE PAIEMENT

(2)

Par CARTE BANCAIRE sur Internet : www.ch-mt-marsan.fr

Renseignez les données suivantes :

- L'identifiant collectivité : il dépend du budget qui figure au recto (en dessous de la somme à payer) :

Budget H : saisir 012639 comme identifiant collectivité

Budget B : saisir 013612 comme identifiant collectivité

Budget B1: saisir 064699 comme identifiant collectivité

Budget E1: saisir 013614 comme identifiant collectivité

Budget E2: saisir 013616 comme identifiant collectivité

Budget E3: saisir 064697 comme identifiant collectivité

Budget C : saisir 013613 comme identifiant collectivité

Budget G : saisir 064692 comme identifiant collectivité

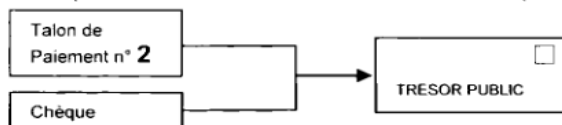
- La référence de la facture (au recto, en dessous de la somme à payer) puis le montant à payer.

En ESPÈCES dans la limite de 300€ ou par CARTE BANCAIRE :

Présentez-vous aux guichets du Trésor Public ou auprès d'un buraliste partenaire agréé, muni du présent avis.
(Liste consultable sur le site www.impots.gouv.fr/portail/paiement-proximite)

Par CHEQUE BANCAIRE (et sous pli affranchi) à l'adresse de paiement indiquée au recto

Joignez votre chèque libellé à l'ordre du TRESOR PUBLIC à ce talon de paiement n°2, sans agraffer ni plier.



Par VIREMENT BANCAIRE :

à l'ordre de : TRESOR PUBLIC

ATTENTION : quel que soit le mode de paiement n'oubliez pas de rappeler les références.

(3)

Si vous réglez :

Par chèque
ou
virement bancaire
rappeler
Sur le compte :
Identification
internationale :
IBAN : FR82 3000
1005 54C4 0000
0000 086
les références
Identification
SWIFT de la BDF
(BIC) :
BDFEFRPPCCT
de ce talon.

CENTRE OPTICAL

374, avenue d'Argenteuil
92600 ASNIERES SUR SEINE
Tél: 01.47.90.10.10
Fax: 01.40.86.06.02
E-Mail: centre.optical92@gmail.com

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

FINESS : 922616594

Mlle GAUTO DUARTE NAOMI

FACTURE CLIENT N° : F23/9823

Date acte : 10/07/2023

Date facture : 10/07/2023

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **GAUTO DUARTE NAOMI**

Date de naissance : 04/06/2010

N° sécurité sociale : **1 80 03 99 421 002 76**

N° d'adhérent :

Assuré : **GAUTO OVELAR JUAN EUDELIO**

Régime :

Prescrit par :

Docteur :

Finess :

En date du :

Libellé	Prix Unitaire	Prix Net	Code LPP	Base	Rembt. 60%	Compl.	Assuré
OPHTALMIC CCSO UNIF 150 SARH Org 70	37.50	37.50	7272782	11.25	6.75	30.75	0.00
OPHTALMIC CCSO UNIF 150 SARH Org 70	37.50	37.50	7272782	11.25	6.75	30.75	0.00
Classic Line EYEWEAR MOD	30.00	30.00	7217406	9.00	5.40	24.60	0.00
TVA (20%) (€)		17.50					
TOTAL TTC (€)	105.00	105.00		31.50	18.90	86.10	0.00
NET A PAYER par l'assuré (€)		0.00					

Mentions légales

CENTRE OPTICAL
374 Avenue d'Argenteuil 92600
Tél. : 01 47 90 10 10 Fax : 01 40 86 06 02
Identifiant : 92600 06 02
RCS 791 527 600 NANTERE

PR CONIS

PRAECONIS
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023004906

Valable du 02/06/2023 au 01/07/2023

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

CENTRE OPTICAL

374 AV D ARGENTEUIL

92600 ASNIERES SUR SEINE

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.98.41

Fax : 03.84.97.12.36

E-mail : service.optique@praeconis.fr

Vesoul, le 2 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 : GAUTO NAOMI Né(e) le : 04/06/2010

N° Dossier : K263696 N° S.S. : 1800399421002 76

Code Tiers National : 922616594

Ce devis est établi en euros

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
V.c.A.S ou Neutre Unifocal 1	37.50	11.25	6.75	4.50
PartMut Ver D Faib.Cor R0 1	37.50	11.25		26.25
V.c.A.S ou Neutre Unifocal 1	37.50	11.25	6.75	4.50
PartMut Ver G Faib.Cor R0 1	37.50	11.25		26.25
Monture Adulte Classe A 1	30.00	9.00	5.40	3.60
Monture Opt Faible Cor R0 1	30.00	9.00		21.00
TOTAUX			18.90	86.10

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

SERVICE PRESTATIONS