



CABINET D'OPHTALMOLOGIE

2 rue Maurice et Louis de Broglie - 90000 BELFORT

Tél : 03 39 03 39 30 Fax : 03.39.03.39.32

Docteur Firas HACHICHA

Belfort le 06/02/2023

N° RPPS



10101960473

N° AM



901006189

Ophtalmologiste

N° Adeli : 901006189

Maladies et chirurgie des yeux

Madame ATTAF AICHA

Né(e) le 10/09/1975

ORDONNANCE DE LUNETTES

Une paire de lunettes avec monture
Progressif

Oeil droit: -0.25 (-2.25) 5°

Oeil gauche: -0.25 (-2.25) 5°

Addition: +1.50

Docteur HACHICHA Firas

Ophtalmologiste conventionné

N° RPPS 10101960473

2, rue Maurice et Louis de Broglie - Bât. 2

90000 BELFORT

Tél. 03 39 03 39 30 - Fax. 03 39 03 39 32

Conventionné Secteur 1
En cas d'urgence de nuit ou le week-end, veuillez appeler le 15



CABINET D'OPHTALMOLOGIE

2 rue Maurice et Louis de Broglie - 90000 BELFORT

Tél : 03 39 03 39 30 Fax : 03.39.03.39.32

Docteur Firas HACHICHA

Belfort le 06/02/2023

N° RPPS



10101960473

N° AM



901006189

Ophtalmologiste

N° Adeli : 901006189

Maladies et chirurgie des yeux

Madame ATTAF AICHA

Né(e) le 10/09/1975

ORDONNANCE DE LENTILLES

Modèle: Purevision 2 pour astigmate
Diamètre: 14.50
Rayon: 8.90

Oeil Droit : -0.50 (-1.75) 180°

Oeil Gauche : -0.50 (-1.75) 180°

Port journalier:

- Enlever chaque soir
- Renouveler tous les mois
- Ne pas porter au delà de 8h/j - 5j/7
- Changer le produit d'entretien chaque jour
- Se laver les mains avant toute manipulation

Ordonnance valable 1 an.

Docteur HACHICHA Firas

Ophtalmologiste conventionné

N° RPPS 10101960473

2, rue Maurice et Louis de Broglie - Bât. 2

90000 BELFORT

Tél. 03 39 03 39 30 - Fax. 03 39 03 39 32

Conventionné Secteur 1

En cas d'urgence de nuit ou le week-end, veuillez appeler le 15

DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023005056

Valable du 07/06/2023 au 06/07/2023

OPTIC DUROC

3 RUE SAUVAGE

68100 MULHOUSE

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.98.41
Fax : 03.84.97.12.36
E-mail : service.optique@praeconis.fr

Madame, Monsieur,

Vesoul, le 7 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 : ATTAF AICHA Né(e) le : 10/09/1975

N° Dossier : N152120 N° S.S. : 2750999352348 54

Code Tiers National : 682686027

Ce devis est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
Part.Mut./Lentilles NRSS 1	300.00			300.00
TOTAUX				300.00

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

SERVICE PRESTATIONS

07/06/2023

bon pour accord

DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023005708

Valable du 27/06/2023 au 26/07/2023

OPTIC DUROC

3 RUE SAUVAGE

68100 MULHOUSE

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.98.41
Fax : 03.84.97.12.36
E-mail : service.optique@praeconis.fr

Madame, Monsieur,

Vesoul, le 29 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 : ATTAF AICHA Né(e) le : 10/09/1975

N° Dossier : N152120 N° S.S. : 2750999352348 54

Code Tiers National : 682686027

Ce devis est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
V.cB.C M-P.-8< Sph<0 C=<4 1	300.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver D Fort.Cor CR 1	300.00	0.05		299.95
V.cB.C M-P.-8< Sph<0 C=<4 1	300.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver G Fort.Cor CR 1	300.00	0.05		299.95
Monture Adulte Classe B 1	400.00	0.05	0.03	0.02
Monture Opt CR T.Libre 1	400.00	0.05		99.95
TOTAUX			0.09	699.91

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

SERVICE PRESTATIONS

15/07/23

Bon pour accord

AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application de l'article L.252 A du livre des procédures fiscales, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles L.1617-5, D.1617-23, R.2342-4, R.3342-8-1 et R.4341-4 du code général des collectivités territoriales. Ordonnateur : L'ORDONNATEUR - LE DIRECTEUR D. CHEVEAU

C. H. EMILE DURKHEIM Établissement		EPINAL Ville		880007059 Matricule		N° de titre	H 23-0110823 098000	
PATIENT ADRESSE	N° Entrée 223062494 Etab. MAISON SAINT JEAN EPINAL Nom usuel GROSHENS/GINETTE Nom Nais BERTEAUX ENTRE(E) 24/05/2023 15 H 11				Né(e) le 13/12/1932 A	N° Siret 20002944500059	Emis et rendu exécutoire le 10/07/23 Bordereau 0000903 N° Feuillet 1 Exercice 2023	
	1 RUE DES CURTILLES 88390 LES FORGES				SORTI(E) 24/05/2023 21 H 11	RDT		
					Assuré	Nom GROSHENS/GINETTE Ben. 01 N° 2321288452001 47 Org. 01881000		
	Obser.	Consultation externe - Patient : GROSHENS/GINETTE - Facturation du 24/05/2023 au 24/05/2023 Mdc.Trt WAGNER (A) DOROTHEE				RISQUE : 10 CG : 10 N° mutualiste 2321288452001 47 Parcours de soin Orienté par méd. trait.		
		DÉSIGNATION		Tx TVA.	NBRE	TARIF	BASE REMBOURSEMENT	TAUX
240523	ROLLAND LE MOAL PAUL 01 OMNIPRATICIEN 1 MCG		1	5,00	5,00	30	1,50	DMT: 000 MT: 00
	240523 TOTAL AUTRES PRESTATIONS		1	25,00	25,00	30	7,50	DMT: 000 MT: 00
							9,00	
<i>SERVICE COUPURE !</i> 17 JUIL. 2023								

INFORMATIONS

ORDONNATEUR DIRECTEUR D. CHEVEAU
2 AVENUE ROBERT SCHUMAN BP 590 88021 EPINAL CEDEX
DU LUNDI AU VENDREDI : 9H-12H/13H-17H AU 03.29.68.15.87
JUSTIFICATIFS A ENVOYER PAR COURRIER

Quittances à déduire

A PAYER

9,00 €

Renseignements Trésor public

Banque	BDF EPINAL	BIC	BDFEFRPPCCT
IBAN	FR893000100372D887000000079		
Adresse	TRESORERIE GESTION HOSPITALIERE 1 RUE DU DOCTEUR LAFLOTTE BP 41097 88060 EPINAL CEDEX 9	Heures d'ouverture :	8H45-12H/13H30-16H15 SAUF MER/VEN AP-
		Téléphone :	03.29.69.22.70

POUR VOTRE REMBOURSEMENT : AVIS A CONSERVER ET A JOINDRE A L'ATTESTATION QUI VOUS SERA ADRESSEE APRES PAIEMENT

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

TALON DE PAIEMENT

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

C.H. EMILE DURKHEIM

*

IDENTIFICATION

PC: 088022

CH: 98

ET: 73

Ex: 2023

Dossier 223062494

Titre: 23 0110823
098000

Mt: 9,00 €

à joindre à votre chèque

Références : Hélios - N° Codique 088022
Etab. 73 Exer. 2023

N° Entrée 223062494
N° Titre 0110823

Montant en euros: 9,00

TRESORERIE GESTION HOSPITALIERE
1 RUE DU DOCTEUR LAFLOTTE BP 41097
88060 EPINAL CEDEX 9

€

Ne rien inscrire sous ce trait - Ne pas plier

000000098231

850033000159 231000110823000010880225969806

900

RENSEIGNEMENTS PAIEMENT

Cette facture est payable à réception.

- Par chèque bancaire, en Euros, à l'ordre du Trésor Public. Joignez le talon de paiement non signé. Adressez l'ensemble à l'adresse indiquée au recto dans une enveloppe dûment affranchie. Utiliser l'enveloppe à fenêtre si elle est fournie.

Ne pas plier. N'utiliser ni adhésif, ni trombone, ni agrafe.

Ne joignez aucun autre document à votre règlement.

- Par virement bancaire ou postal en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut et à droite du présent avis établi à l'ordre du Trésor Public aux références bancaires figurant au recto.

- En espèces (dans la limite de 300€) ou en carte bancaire, muni du présent avis, auprès d'un buraliste ou partenaire agréé (liste consultable sur le site www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite).

PRAECONIS PREVALOIS MMC VESOUL
6 RUE PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX
FRANCE

Le paiement en numéraire est plafonné à 300 € depuis le 1er janvier 2014 (art. 19 de la loi 2013-1279 du 29 déc. 2013).

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

Si vous avez des difficultés pour payer des sommes dues, présentez-vous chez le Receveur du Centre Hospitalier en vous munissant du présent avis et des justificatifs de vos revenus, ou écrivez en rappelant les références suivantes : Exercice et Numéro de Titre.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL.

RENSEIGNEMENTS HOPITAL

Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous à l'hôpital (Bureau des Entrées de l'Etablissement désigné au recto du présent avis).

Article L 6145-9 du code de la santé publique et article L 1617-5 du code général des collectivités territoriales.

Voies de recours :

Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent avis, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif compétent.

AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application de l'article L.252 A du livre des procédures fiscales, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles L.1617-5, D.1617-23, R.2342-4, R.3342-8-1 et R.4341-4 du code général des collectivités territoriales. Ordonnateur : L'ORDONNATEUR - LE DIRECTEUR D. CHEVEAU

C.H. EMILE DURKHEIM Établissement N°Siren 200029445		EPINAL Ville		880007059 Matricole		N° de titre	H 23- 0110821 098000	
P A T I E N T	N° Entrée 223063147 Etab. MAISON SAINT JEAN EPINAL			880006663	N°Siret	Emis et rendu exécutoire le	10/07/23	
	Nom usuel GILSON/MONIQUE			Né(e) le 28/04/1940		Bordereau	0000903	
	Nom Nais BEGALA			A CRANVES-SALES		N° Feuillet	1	
	ENTRE(E) 25/05/2023 14 H 58			SORTI(E) 25/05/2023 20 H 58		Exercice	2023	
	ADRESSE 5 IMPASSE DU BELVEDERE 88000 EPINAL			RDT				
	Assuré	Nom GILSON/MONIQUE Ben. 01 N° 2400474094001 72 Org. 01881000						
Obser.	Consultation externe - Patient : GILSON/MONIQUE - Facturation du 25/05/2023 au 25/05/2023 Mdc.Trt DESROZIERS (A) ALEXANDRE				RISQUE : 10 CG : 11 N° mutualiste N078133 Parcours de soin Accès direct spécifique			
	DÉSIGNATION	Tx TVA	NBRE	TARIF	BASE REMBOURSEMENT	TAUX	A VOTRE CHARGE	
250523 JAUD CHARLOTTE 15 OPHTALMOLOGIE ATM PU: 83,60			83,60	83,60	20	16,72	DMT: 958 MT: 19	
250523 1 SE2 TOTAL AUTRES PRESTATIONS		1	68,64	68,80	20	13,76	DMT: 958 MT: 19	
						30,48		
<i>SERVICE COLLECTIF</i> 17 JUIL. 2023								
				TTC	30,48			

INFORMATIONS

ORDONNATEUR-DIRECTEUR D. CHEVEAU
2 AVENUE ROBERT SCHUMAN BP 590 88021 EPINAL CEDEX
DU LUNDI AU VENDREDI : 9H-12H/13H-17H AU 03.29.68.15.87
JUSTIFICATIFS A ENVOYER PAR COURRIER

Quittances à déduire

A PAYER

Renseignements Trésor public

Banque BDF EPINAL
 IBAN FR89300100372D887000000079 BIC BDFEFRPPCCT
 Adresse TRESORERIE GESTION HOSPITALIERE
 1 RUE DU DOCTEUR LAFLOTTE BP 41097 Heures d'ouverture :
 8H45-12H/13H30-16H15 SAUF MER/VEN AP-
 88060 EPINAL CEDEX 9 Téléphone : 03.29.69.22.70

POUR VOTRE REMBOURSEMENT : AVIS A CONSERVER ET A JOINDRE A L'ATTESTATION QUI VOUS SERA ADRESSEE APRES PAIEMENT

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

TALON DE PAIEMENT

à joindre à votre chèque

PRAECONIS PREVALOIS MMC
6 RUE PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUIL CEDEX

C.H. EMILE DURKHEIM

PC: 088022

GH: 98

ET. 73

Enr. 2023

Ex. 2020
Dossier 223063147

2200001-4

Titre : 23 0110821

098000

Références : Hélios - N° Codique 088022
Etab. 73 Exer. 2023

TRESORERIE GESTION HOSPITALIERE
1 RUE DU DOCTEUR LAFLOTTE BP 41097

€

Montant en euros: 30,48

88060 EPINAL CEDEX 9



000000098231

850033000159 93100001108210000010880225970806

3048

RENSEIGNEMENTS PAIEMENT

Cette facture est payable à réception.

- Par chèque bancaire, en Euros, à l'ordre du Trésor Public. Joignez le talon de paiement non signé. Adressez l'ensemble à l'adresse indiquée au recto dans une enveloppe dûment affranchie. Utiliser l'enveloppe à fenêtre si elle est fournie.

Ne pas plier. N'utiliser ni adhésif, ni trombone, ni agrafe.

Ne joignez aucun autre document à votre règlement.

- Par virement bancaire ou postal en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut et à droite du présent avis établi à l'ordre du Trésor Public aux références bancaires figurant au recto.

- En espèces (dans la limite de 300€) ou en carte bancaire, muni du présent avis, auprès d'un buraliste ou partenaire agréé (liste consultable sur le site www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite).

PRAECONIS PREVALOIS MMC VESOUL
6 RUE PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX
FRANCE

Le paiement en numéraire est plafonné à 300 € depuis le 1er janvier 2014 (art. 19 de la loi 2013-1279 du 29 déc. 2013).

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

Si vous avez des difficultés pour payer des sommes dues, présentez-vous chez le Receveur du Centre Hospitalier en vous munissant du présent avis et des justificatifs de vos revenus, ou écrivez en rappelant les références suivantes : Exercice et Numéro de Titre.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL.

RENSEIGNEMENTS HOPITAL

Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous à l'hôpital (Bureau des Entrées de l'Etablissement désigné au recto du présent avis).

Article L 6145-9 du code de la santé publique et article L 1617-5 du code général des collectivités territoriales.

Voies de recours :

Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent avis, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif compétent.

AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application de l'article L.252 A du livre des procédures fiscales, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles L.1617-5, D.1617-23, R.2342-4, R.3342-8-1 et R.4341-4 du code général des collectivités territoriales. Ordonnateur : L'ORDONNATEUR - LE DIRECTEUR D. CHEVEAU

C.H. EMILE DURKHEIM Établissement N°Siren 200029445		EPINAL Ville		880007059 Matricole		N° de titre H 23-0110816 098000	
PATIENT ADRESSE	N° Entrée 223062148 Etab.CH E.DURKHEIM PLATEAU DE LA			880000021	N°Siret 20002944500109	Emis et rendu exécutoire le 10/07/23	
	Nom usuel CHENET/EDITH			Né(e) le 22/05/1954	Bordereau 0000903		
	Nom Nais HUMBERT			A BRUYERES	N° Feuillet 1		
	ENTRE(E) 24/05/2023 10 H 15			SORTI(E) 24/05/2023 16 H 15	Exercice 2023		
	5 AVENUE GAMBETTA 88600 BRUYERES				RDT		
				Assuré	Nom CHENET/EDITH Ben. 01 N° 2540588078081 06 Org. 01881000		
Observ.	Consultation externe - Patient : CHENET/EDITH - Facturation du 24/05/2023 au 24/05/2023				RISQUE : 18 CG : 10		
	Mdc.Trt SCHNEIDER (A) DENIS				N° mutualiste 159851 Parcours de soin Orienté par méd. trait.		
DÉSIGNATION		Tx TVA.	NBRE	TARIF	BASE REMBOURSEMENT	TAUX	A VOTRE CHARGE
FRENTIU VASILE 994389630 04 CHIRURGIE 240523 1 CS 240523 1 MPC 240523 1 MCS TOTAL AUTRES PRESTATIONS			1 1 1	23,00 2,00 5,00	23,00 2,00 5,00	30 30 30	6,90 0,60 1,50 9,00
						<i>SERVICE COLIPSI 17 JUIL. 2023</i>	
						TTC	9,00

INFORMATIONS

ORDONNATEUR DIRECTEUR D. CHEVEAU
2 AVENUE ROBERT SCHUMAN BP 590 88021 EPINAL CEDEX
DU LUNDI AU VENDREDI : 9H-12H/13H-17H AU 03.29.68.15.87
JUSTIFICATIFS A ENVOYER PAR COURRIER

Quittances à déduire

A PAYER

9,00 €

Renseignements Trésor public

Banque BDF EPINAL
IBAN FR893000100372D887000000079 BIC BDFEFRPPCCT
Adresse TRESORERIE GESTION HOSPITALIERE
1 RUE DU DOCTEUR LAFLOTTE BP 41097
88060 EPINAL CEDEX 9 Heures d'ouverture :
8H45-12H/13H30-16H15 SAUF MER/VEN AP-
Téléphone : 03.29.69.22.70

POUR VOTRE REMBOURSEMENT : AVIS A CONSERVER ET A JOINDRE A L'ATTESTATION QUI VOUS SERA ADRESSEE APRES PAIEMENT

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

IDENTIFICATION

PC: 088022

CH: 98

ET: 72

Ex : 2023

Dossier 223062148

Titre : 23 0110816
098000

Mt : 9,00 €

TALON DE PAIEMENT

à joindre à votre chèque

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

C.H. EMILE DURKHEIM

Références : Hélios - N° Codique 088022
Etab. 72 Exer. 2023

N° Entrée 223062148
N° Titre 0110816

TRESORERIE GESTION HOSPITALIERE
1 RUE DU DOCTEUR LAFLOTTE BP 41097
88060 EPINAL CEDEX 9

Montant en euros: 9,00
Ne rien inscrire sous ce trait - Ne pas plier

€

000000098231

850033000159 52100001108160000010880225969806

900

RENSEIGNEMENTS PAIEMENT

Cette facture est payable à réception.

- Par chèque bancaire, en Euros, à l'ordre du Trésor Public. Joignez le talon de paiement non signé. Adressez l'ensemble à l'adresse indiquée au recto dans une enveloppe dûment affranchie. Utiliser l'enveloppe à fenêtre si elle est fournie.

Ne pas plier. N'utiliser ni adhésif, ni trombone, ni agrafe.

Ne joignez aucun autre document à votre règlement.

- Par virement bancaire ou postal en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut et à droite du présent avis établi à l'ordre du Trésor Public aux références bancaires figurant au recto.

- En espèces (dans la limite de 300€) ou en carte bancaire, muni du présent avis, auprès d'un buraliste ou partenaire agréé (liste consultable sur le site www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite).

PRAECONIS PREVALOIS MMC VESOUL
6 RUE PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX
FRANCE

Le paiement en numéraire est plafonné à 300 € depuis le 1er janvier 2014 (art. 19 de la loi 2013-1279 du 29 déc. 2013).

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

Si vous avez des difficultés pour payer des sommes dues, présentez-vous chez le Receveur du Centre Hospitalier en vous munissant du présent avis et des justificatifs de vos revenus, ou écrivez en rappelant les références suivantes : Exercice et Numéro de Titre.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL.

RENSEIGNEMENTS HOPITAL

Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous à l'hôpital (Bureau des Entrées de l'Etablissement désigné au recto du présent avis).

Article L 6145-9 du code de la santé publique et article L 1617-5 du code général des collectivités territoriales.

Voies de recours :

Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent avis, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif compétent.