

PARTIE 1 A CONSERVER

MODALITES DE REGLEMENT :

- Par internet : suivez les indications fournies sur la page d'accueil du centre hospitalier : www.ch-valenciennes.fr/paiement indiquer l'identifiant collectivité puis l'exercice, le numéro et le montant du titre ainsi que le numéro d'entrée comme indiqué sur le recto de cet avis. Ces informations permettront de vous identifier.
- Par règlement en numéraire ou par carte bancaire à la caisse du comptable chargé du recouvrement : veuillez rapporter dans ce cas le présent avis, en venant payer un reçu vous sera remis.
- Par chèque bancaire ou virement postal adressé au comptable chargé du recouvrement : veuillez joindre le talon de paiement à votre chèque, sans le coller ni l'agrafer.

LIBELLEZ obligatoirement le chèque ou le mandat à l'ordre du TRESOR PUBLIC, dans votre intérêt n'envoyez en aucun cas un chèque sans indication du bénéficiaire ainsi que les références de la créance dont vous vous acquitez.

RENSEIGNEMENTS, RECLAMATIONS, DIFFICULTES 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 par téléphone aux services suivants ou par mail à l'adresse : gestmal1@ch-valenciennes.fr

Pour un séjour au :

Centre Hospitalier de Valenciennes : 03.27.14.33.11

Centre Psychothérapique Duchesnois : 03.27.14.31.81

Maisons de Retraite (Rhonelle, Duvant, Chartiers, Serbat) : 03.27.47.50.80

Pour contester le bien-fondé de cette créance, vous devez déposer un recours devant le tribunal administratif dans un délai de deux mois suivant la réception du titre exécutoire ou, À défaut, du premier acte précédent de ce titre ou de la notification d'un acte de poursuite (cf 2° de l'article L1617-5 du code général des collectivités territoriales).

- Difficultés de paiement : Si vous avez des difficultés pour régler la somme qui vous est réclamée, adressez-vous, muni des justificatifs de votre situation, au comptable chargé du recouvrement désigné au recto du présent acte.

- Remboursement : Après votre règlement, vous recevrez une attestation de paiement que vous adresserez avec le haut de la facture, à votre mutuelle, votre assurance complémentaire, ou tout autre organisme afin d'obtenir un éventuel remboursement.

TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LE COMPTABLE DE L'ETABLISSEMENT OU L'HOPITAL DOIT ETRE AFFRANCHIE.

De: "Krys Gray, Magasin" <gray-lumieres@krys.com>
Date: samedi 15 juillet 2023 11:29
A: "Service Optique MMC" <serviceoptique@mutuelle-mmc.com>
Objet: demande de règlement dossier Piguet Rita

Bonjour,

Veuillez trouver ci-joint les documents pour effectuer le règlement du dossier optique de Madame Piguet Rita

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

Jours et Horaires ouverture magasin :

Lundi : 14h00 - 19h00

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

Retrouvez Krys sur
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 - KRYST
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 8200

Facture de vente n° 34160

PIGUET - Rita - 70140 - LA GRANDE RESIE

Date de facturation 22/06/2023

Référence accord PEC 1023005154

Date accord PEC 09/06/2023

MMC (Mutuelle Médico Chirurgicale)

6 Rue Paul Morel
CS 80283
70006 VESOUL CEDEX

Tél: 0384759841 Fax: 0384971236

Assuré						Bénéficiaire					
Idem						MME RITA PIGUET					
N° SS Idem						N° SS 2550259350371 02					
RO CPAM 70 - Vesoul						Date naissance 19/02/1955					
Centre SS 01 - 701 - 0000						Rang 1					
Ordonnance du 30/05/2023						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 €)
Guess Gu2825 005 Noir/Or-55/16	2264861 / M03	1	100,00	120,00	100,00	120,00	20,00	0,05	60%	0,03	99,97
OD - SIGNATURE KRYST MYPROG 15 SUV RESIST BLUE Ø 75 - Codir_Signature Krys	2203948 / VM2	1	183,33	220,00	183,33	220,00	20,00	0,05	60%	0,03	200,02
B-PROTECT	Non Remb.	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00
Forme pour fabrication	Non Remb.	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00
OG - SIGNATURE KRYST MYPROG 15 SUV RESIST BLUE Ø 75 - Codir_Signature Krys	2203948 / VM2	1	183,33	220,00	183,33	220,00	20,00	0,05	60%	0,03	200,02
B-PROTECT	Non Remb.	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00

Je soussigné(e), Mme Rita PIGUET, 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

Le 27 Juin 2023

Signature

BRUT TTC	HT	NET TTC	Montant TVA	(Code)	TOTAL TVA par taux HT	TVA	CPAM 70 - Vesoul	MMC (Mutuelle Médico Chir	RESTE A CHARGE CLIENT	
560,00€	466,66€	560,00€	93,34€	(52)	20,00%	466,66€	93,34€	0,09€	500,01€	59,90€

Facture subrogatoire RC

MMC (Mutuelle Médico Chirurgicale)



Votre opticien
s'engage

Qualité de service certifiée
AFNOR Certification

**KRYS GRAY**

SARL TIP T'OPTIC - KRYST
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 8200

Facture de vente n° 34160

PIGUET - Rita - 70140 - LA GRANDE RESIE

Date de facturation 22/06/2023

Référence accord PEC 1023005154

Date accord PEC 09/06/2023

MMC (Mutuelle Médico Chirurgicale)

6 Rue Paul Morel
CS 80283
70006 VESOUL CEDEX

Tél: 0384759841 Fax: 0384971236

Assuré				Bénéficiaire							
Idem				MME RITA PIGUET							
N° SS	Idem			N° SS	2550259350371 02						
RO	CPAM 70 - Vesoul			Date naissance	19/02/1955						
Centre SS	01 - 701 - 0000			Rang	1						
Ordonnance du 30/05/2023				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 €)
Forme pour fabrication	Non Remb.	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00

Cet équipement a bénéficié de l'offre:

Je soussigné(e), Mme Rita PIGUET, 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

Signature

BRUT TTC	HT	NET TTC	Montant TVA	TOTAL (Code)	Taux	HT	TVA	CPAM 70 - Vesoul	MMC (Mutuelle Médico Chir	RESTE A CHARGE CLIENT
560,00€	466,66€	560,00€	93,34€	(52)	20,00%	466,66€	93,34€	0,09€	500,01€	59,90€

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

TEL : 03 80 41 67 18

FAX : 03 80 35 51 03

Madame PIGUET Rita

Dijon, le mardi 30 mai 2023

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURES :

Progressifs

Œil droit : (100° -0.25), Addition +3.00

Œil gauche : (0° -0.25) +0.25, Addition +3.00





MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023005154
Valable du 09/06/2023 au 08/07/2023

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 9 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 : PIGUET RITA Né(e) le : 19/02/1955

N° Dossier : N149930 N° S.S. : 2550259350371 02

Code Tiers National : 702690751

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	220.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver D Fort.Cor CR 1	220.00	0.05	0.03	0.02
V.cB.C M-P.-8< Sph<0 C=<4 1	220.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver G Fort.Cor CR 1	220.00	0.05	0.03	0.02
Monture Adulte Classe B 1	120.00	0.05	0.03	0.02
Monture Opt CR T.Libre 1	120.00	0.05		99.95
TOTAUX			0.09	500.01

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

Le 27 Juin 2023

AVIS DES SOMMES A PAYER

TITRE EXÉCUTOIRE en application de l'article L.252A 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 par Mr Bourrel Rodolphe, Directeur Général.

HOPITAL

CH: C.H VALENCIENNES
ET: CENTRE HOSPITALIER DE VAL
SIRET: 26590673500013
RENSEIGNEMENTS:

FINESS: 590782215
FINESS: 590000618

N° de Titre	3279640
Emis et rendu exécutoire le	10/07/23
N° de Bordereau	200399
N° de Feuillet	1
Exercice	2023
RDT	

PATIENT

N° ENTRÉE: 689798382 PFS: 1N
Nom: MARTIN JOCELYNE
Né(e): ALIPS
le: 11/05/1944 à: CRAON
Adresse: 16 RUE BEETHOVEN
59720 LOUVROIL
ENTREE: 18/05/23 SORTIE: 31/05/23
Nom: MARTIN JOCELYNE
Pièce: BEN: 01
ORG.: 01599000 N°: 244055308403843

MUT MEDICO CHIRURGICALE PRAECONIS

6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70006 VESOUL

ASSURE

RISQ28 MT03

OBS.

PRISE EN CHARGE LIMITEE AU 31/12/23
---- SEJOUR ---- DU 18/05/23 AU 31/05/23

Réf. Débiteur N1611426

PEC:

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	TVA
180523	SPECIALITES COUTEUSES T20	2	1652,62	0,00		0,00	DMT : 232
	FORFAIT JOURNALIER	2	20,00	0,00	100	40,00	DMT : 232
200523	MEDECINE AUT UM HC T11	11	994,55	0,00		0,00	DMT : 216
	SUP.CHAMB.PARTICULIERE	11	50,00	0,00	100	330,00	DMT : 216
	FORFAIT JOURNALIER	11	20,00	0,00	100	220,00	DMT : 216
310523	FORFAIT JOURNALIER	1	20,00	0,00	100	20,00	DMT : 216
SERVICE COMPTERIE F							
17 JUIL. 2023							
TOTAL TVA							

PAIEMENT

MR LE TRESORIER BAT DESANDROUIN
57 AVENUE DESANDROUIN
B.P. 421
59300 VALENCIENNES 59322
Heures d'ouverture:
8H30 - 12H00 / 13H30 - 16H
DU LUNDI AU VENDREDI

Banque: 30001 00855
RIB: D5960000000 12
IBAN: FR073000100855D596000000012
BIC: BDFEFRPPCCT
Téléphone: 0327452051

TOTAL HT

610,00

◀ A PAYER
Euros

RAT CODASPR

*

€

Se reporter au verso du présent avis pour les modalités de paiement

TALON DE PAIEMENT

Talon à joindre à votre paiement

MUT MEDICO CHIRURGICALE PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70006 VESOUL

005002
C.H VALENCIENNES

*

HTR-n° codique: 059516 Etab: 68

Paiement par internet :

Non disponible

MR LE TRESORIER BAT DESANDROUIN
57 AVENUE DESANDROUIN
B.P. 421
59300 VALENCIENNES 59322

*

IDENTIFICATION

059516

N° entrée :

689798382

N° titre :

3279640

CH: 68 ET: 68

Exercice : 2023

Montant : Eur

610,00

▼ Ne rien inscrire sous ce trait – Ne pas plier ▼

montant en euros

000000068238

950033000169 53100032796400000010595165976806 61000

PARTIE 1 A CONSERVER

MODALITES DE REGLEMENT :

- Par internet : suivez les indications fournies sur la page d'accueil du centre hospitalier : www.ch-valenciennes.fr/paiement indiquer l'identifiant collectivité puis l'exercice, le numéro et le montant du titre ainsi que le numéro d'entrée comme indiqué sur le recto de cet avis. Ces informations permettront de vous identifier.
- Par règlement en numéraire ou par carte bancaire à la caisse du comptable chargé du recouvrement : veuillez rapporter dans ce cas le présent avis, en venant payer un reçu vous sera remis.
- Par chèque bancaire ou virement postal adressé au comptable chargé du recouvrement : veuillez joindre le talon de paiement à votre chèque, sans le coller ni l'agrafer.

LIBELLEZ obligatoirement le chèque ou le mandat à l'ordre du TRESOR PUBLIC, dans votre intérêt n'envoyez en aucun cas un chèque sans indication du bénéficiaire ainsi que les références de la créance dont vous vous acquitez.

RENSEIGNEMENTS, RECLAMATIONS, DIFFICULTES 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 par téléphone aux services suivants ou par mail à l'adresse : gestmal1@ch-valenciennes.fr

Pour un séjour au :

1

Centre Hospitalier de Valenciennes : 03.27.14.33.11

Centre Psychothérapique Duchesnois : 03.27.14.31.81

Maisons de Retraite (Rhonelle, Duvant, Chartiers, Serbat) : 03.27.47.50.80

Pour contester le bien-fondé de cette créance, vous devez déposer un recours devant le tribunal administratif dans un délai de deux mois suivant la réception du titre exécutoire ou, À défaut, du premier acte précédent de ce titre ou de la notification d'un acte de poursuite (cf 2^e de l'article L1617-5 du code général des collectivités territoriales).

- Difficultés de paiement : Si vous avez des difficultés pour régler la somme qui vous est réclamée, adressez-vous, muni des justificatifs de votre situation, au comptable chargé du recouvrement désigné au recto du présent acte.

- Remboursement : Après votre règlement, vous recevrez une attestation de paiement que vous adresserez avec le haut de la facture, à votre mutuelle, votre assurance complémentaire, ou tout autre organisme afin d'obtenir un éventuel remboursement.

TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LE COMPTABLE DE L'ETABLISSEMENT OU L'HOPITAL DOIT ETRE AFFRANCHIE.

AVIS DES SOMMES A PAYER

Volet 2 débiteur

CENTRE HOSPITALIER 56 Etablissement Public de Santé ERASME 26920141400019		FINESS 26920141400019 SIRET 920804465	TITRE 0011096
			EMIS ET RENDU EXECUTOIRE 23-06-2023
		Né(e) le 28-05-1988 Rg:1 Entré(e) le 20-03-2023 Présent(e) le 31-05-2023	BORDEREAU 00 0001054
			FEUILLET 1
			EXERCICE 2023 411510
PATIENT	DOSSIER H 623006898 56-1 Hospitalisation NOM GAURON NOM JF PRENOM LOIC		RDT

ADRESSE	LOIC GAURON 32 Avenue de la Division Leclerc 3eme étage Apptm 410 92290 CHATENAY MALABRY	EXP	TRÉSORERIE HOSP. DES HAUTS DE SEINE 4-6 RUE D'ORLEANS 92211 SAINT CLOUD CEDEX
INFO	GAURON LOIC N° AFFILIATION 1880521278058 42 RISQUE 28 CENTRE 01 921 000 4 EVENEMENT 1 16-04-2023	DEST	MMC PRAECONIS 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX

OBS	Exonération ticket modérateur a/c du 31eme jour : 16-04-2023	LOT 3016 PGM S09f04R216_071 FLJAU0100V1 45
-----	--	--

DATE DEBUT	DATE FIN	PRESTATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONS.	TX	A VOTRE CHARGE	DMT M.TRT UF OU COMPTE
01-05-23	01-05-23	Forfait Journalier	100	1500		100	1500	860 03 4312
04-05-23	08-05-23	Forfait Journalier	500	1500		100	7500	860 03 4312
11-05-23	11-05-23	Forfait Journalier	100	1500		100	1500	860 03 4312
13-05-23	14-05-23	Forfait Journalier	200	1500		100	3000	860 03 4312
18-05-23	18-05-23	Forfait Journalier	100	1500		100	1500	860 03 4312
21-05-23	21-05-23	Forfait Journalier	100	1500		100	1500	860 03 4312
25-05-23	25-05-23	Forfait Journalier	100	1500		100	1500	860 03 4312
28-05-23	29-05-23	Forfait Journalier	200	1500		100	3000	860 03 4312
31-05-23	31-05-23	Forfait Journalier	100	1500		100	1500	860 03 4312
Total général des frais engagés : *****225,00								
Période de facturation du 01-05-2023 au 31-05-2023								
Identification B2/Noémie Type2S(30-38):230011096 Type2S(42-47):156100								