



N° 1146

5 1 6 2 7

3 0 0 6 2 0 2 3

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)

WEISS IRENE

2 3 5 0 4 5 5 5 4 5 0 0 3 0 5

0 2 7 0 1 0 0 0 0

0 3 0 4 1 9 3 5

SERVICE COURRIER LE

17 JUIN 2023

9 franchise conte 70800 ST LOUP SUR SEMOUSE

LADIER DORIANE EI

24-Infirmier

IBAN :

CABINET LADIER DORIANE
21 RUE DU GENERAL PREVOST70800 ST LOUP SUR SEMOUSE
TEL:0643957832

=> 70 6 31181 8 00 1 20 01 24

PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

LUGAND Mathilde

7 0 1 0 0 0 8 5 3

0 6 0 6 2 0 2 3

LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

XX

XX

ACTES EFFECTUES

1 3 0 6 2 0 2 3 1AMI1.5

4 , 7 3

2,50

0

0

AIEV

Part AMO : 4,34

7 , 2 3

Part AMC : 2,89

XX

XX

E-

Passez vous me
 régler la part du double
 sup North / ~~North~~ S.

• N° ANL = 7785
 42852
 N° Adresse =
 U 025806

PROVICE COURRIER LE
 17 JUL. 2023

Facture : 23070020**SERVICE COURRIER LE****17 JUL. 2023****Etablissement****VYV³-CRPA**

ROUTE D'ALBI

81340 VALENCE D ALBIGEOIS

N° TEL : 05 63 53 70 70

N° FINESS : 810003954 N° SIRET : 77571167400181

Code catégorie : 108

Destinataire**PRAECONIS**

6 RUE PAUL MOREL

70000 VESOUL CEDEX

Assuré**2 38 02 59 075 001 46****Mme LHOMME MARIA**

1 PLACE DU FOIRAIL

81190 PAMPELONNE

N° adhérent : N147236

Patient

Identifiant : 203516 N° Séjour : 223000277

Identité : **Mme LHOMME MARIA**Né(e) le : **13-02-1938**

Chambre : 307

GIR :

Facture établie le : 05/07/2023 15:20:04 pour la période du : 25-06-2023 au 04-07-2023**Séjour du : 15/06/2023 15:45:00 au Mode de sortie :****Destination :****Frais de séjours - Actes - Prestations annexes**

Période	Qté	Désignation	DMT/MT	Taux	Montant unit.	Montant
25-06-2023 04-07-2023	10	FORFAIT JOURNALIER	187/03	100,00	20,00	200,00
TOTAL						200,00

A VALENCE D ALBIGEOIS le 05/07/2023

Montant total :	200,00	Déjà perçu :	0,00	Reste dû :	200,00
Reste à répartir à ce jour Acompte et/ou Trop perçu :					

Coupon réponse

Règlement à établir à l'ordre de l'Agent Comptable

VYV³-CRPA Domiciliation : CREDIT AGRICOLE

RIB : 11206 20050 89262573000 65

BIC : AGRIFRPP812

IBAN FR7611206200508926257300065

Patient : Mme LHOMME MARIA

Débiteur : PRAECONIS

Facture : 23070020

Date facture : 05/07/2023 15:20:04

Montant : 200,00€

PEC HOSPITALISATION READA. FONCTIONNELLE N° 0423000798

Valable du 25/06/2023 au 04/07/2023

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

C.R.P.A

RTE D'ALBI

81340 VALENCE D'ALBIGEOIS

Vesoul, le 30 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 : LHOMME MARIA THERESE Né(e) le : 13/02/1938
N° Dossier : N147236 N° S.S. : 2380259075001 46

Code Tiers National : 810003954
Date d'entrée : 25/06/2023

HOSPI. READA. FONCTIONNELLE
DMT : 187 Rééducation fonctionnelle et réadaptation
(autre)

Libellé Prestation	Durée En jours	Remboursement mutuelle
Frais de Séjour Honoraires Participation Forfaitaire Forfait Journalier	30	Ticket Modérateur Ticket Modérateur OUI 20.00

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 JUL. 2023

DUPLICATA

Id TVA : FR69304940471

Facture de Location
n° 2109032952

FACPC

Date de facturation : 30/09/2021

Référence commune : 210903295

Adresse de facturation : CM0807001 141P

 MMC
 6 RUE PAUL MOREL
 BP 80283
 70006 VESOUL CEDEX
Agence :

Lyon

283 ALLEE DES PLATANES

ZAC DU BACONNET

69700 MONTAGNY

Tel : 0970810088

Fax : 0971700004

Mail : agence.lyon@alcura-health.fr

Identifiant national : 692695109

Désignation	N° Immat.	UL	Nbre	Tarif TTC	Total TTC	TVA	Base Remboursement
Contrat n° : 104353819 Début Loc. : 28/07/2016 Période : Du 26/08/2021 au 29/09/2021 Interruption(s) : Aucunes Assuré : AGUILERA GERARD (CA986292) 25 RUE EMILE ZOLA 69330 MEYZIEU Bénéficiaire : AGUILERA GERARD N° SS : 156039280224748 Date Naissance : 22/03/1956 Numero AMC : 778542852 Numero adhérent : N147178							
A0207940 PPC - FORFAIT SUIVANT OBSERVAN		SEM	1	2.00	2.00	6	5.00
Code LPP : 1192987	5.00						
A0207940 PPC - FORFAIT SUIVANT OBSERVAN		SEM	1	1.58	1.58	6	3.94
Code LPP : 1192987	3.94						
A0207940 PPC - FORFAIT SUIVANT OBSERVAN		SEM	3	3.84	11.52	6	28.80
Code LPP : 1115455	9.60						

PAYABLE A L'ORDRE DE ALCURA - CREDIT LYONNAIS N° COMPTE 0000062877T 17 - CODE BANQUE 30002 CODE GUICHET 07680

TVA sur les débits

Montant HT	Taux	Montant TVA	Part RO TTC :	Total HT	12.58
12.58	20.00	2.52	22.64	TVA	2.52
			Montant Total TTC :	Net TTC	15.10
			37.74	Paiement par Virement France	

Les marchandises restent notre propriété jusqu'au paiement intégral de la facture (ventes). (Loi N° 80-335 du 12.05.1980, Article 121)

Pour tout litige, seul le tribunal de châteauroux est compétent. Règlement à , net de tout escompte

CABINET DE RADIOLOGIE ET D'ECHOGRAPHIE

290 avenue Louis Albert Lamarque - 83500 LA SEYNE-SUR-MER

Téléphone : 04 94 10 54 10 Mail: gestion.lamarque@gmail.com

RADIOGRAPHIE - ECHOGRAPHIE - MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMETRIE - ECHO DOPPLER

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80263

70000 VESOUL

LA SEYNE SUR MER, le 12/07/2023

Relance N°1

Madame, Monsieur,

Veuillez trouver ci-joint la liste des dossiers restant impayés par votre organisme.

Dans le cas où les règlements auraient déjà été effectués, nous vous remercions de nous communiquer les références de ces règlements : **date de virement, montant du virement et intitulé du compte bancaire crédité.**

Radiologue : Dr MEGY Patricia

Identifiant Facturation	PATIENT	DATE D EXAMEN / N°FSE	Part AMO	COTATION	SOLDE AMC
831751532	FERRARI CHRISTIANE 18/10/1941 241100600402077	29/09/2022 / 000122035 000341908	36,03	ADI ADI	15,45 €
				TOTAL	15,45 €

En vous remerciant, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées .

Le Pôle Gestion.

CABINET DE RADIOLOGIE ET D'ECHOGRAPHIE

290 avenue Louis Albert Lamarque - 83500 LA SEYNE-SUR-MER
Téléphone : 04 94 10 54 10 Mail: gestion.lamarque@gmail.com

RADIOGRAPHIE - ECHOGRAPHIE - MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMETRIE - ECHO DOPPLER

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80263
70000 VESOUL

La Seyne sur Mer, le 12/07/2023

FACTURE MUTUELLE

Code Organisme : 778542852

Facture N° : 000341908 du 29/09/2022

Fse N° : 000122035

Patient : Mme Christiane FERRARI Née le: 18/10/1941

N°SS : 241100600402077

Praticien : Dr Patricia MEGY N° Finess 831751532

Acte (s) réalisé (s)	Ass	Mod	Montant
ADI	1	Z	39,92 €
ADI	2	Z	11,56 €
Montant Total : 51,48 €			

Acte (s) réalisé (s)	Hors Nomenclature	Montant
-		€

Part AMO :	36,03 €
Part AMC :	15,45 €
Part Patient	0 €

Nous vous serions reconnaissant de bien vouloir nous faire parvenir votre règlement à :
SCM RAY 3000, 290 avenue Jean Albert Lamarque 83500 la Seyne sur Mer
Règlement à l'ordre du Dr Patricia MEGY

CLINIQUE SAINT VINCENT
40 CHEMIN DES TILLEROYES

25044 BESANCON CEDEX

N° FINESS 250000270

SERVICE COURRIER
17 JUL. 2023

A Besançon, le 10/07/2023

MMC VESOUL
6 RUE PAUL MOREL

70000 VESOUL

Objet : 1ER RAPPEL

Mesdames, Messieurs,

Sauf erreur de notre part, nous n'avons pas encore reçu à ce jour le règlement correspondant à la balance annexée à ce courrier.

Nous pensons qu'il s'agit d'un simple oubli et nous vous demandons de bien vouloir nous l'adresser dans les meilleurs délais ou nous faire connaître les raisons qui s'y opposent.

Vous en remerciant d'avance, nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments distingués.

Clinique St Vincent - Comptabilité clients

06.75.23.48.82
antoine.nicolas@cliniquestvincent.fr
du lundi au vendredi
08h30 - 12h30 / 13h15 - 16h15

Identification de l'organisme complémentaire MMC VESOUL			Code MMC70		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL		
Identification de l'établissement CLINIQUE SAINT VINCENT 40 CHEMIN DES TILLEROYES 25044 BESANCON CEDEX		N° Finess 25000270	Code catégorie 365	Clé de la facture N° de Lot 414 N° de facture 222630003 N° d'entrée 2226300		Référence à rappeler C Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>	
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30002		CLINIQUE ST VINCENT Guichet 02273	LCL Compte 0000459884P	Clé 50			

Le bénéficiaire des soins				L'assuré(e) titulaire du contrat AMC			
Nom de naissance et prénom(s) CHAUSSAT ALAIN suivi s'il y a lieu du nom d'usage CHAUSSAT				Nom de naissance et prénom(s) CHAUSSAT ALAIN suivi s'il y a lieu du nom d'usage CHAUSSAT			
N° immatriculation et clé 1560273065103 04		N° immatriculation et clé 1560273065103 04		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte			
Code organisme de rattachement 01/731		Date et rang de naissance 24/02/1956 1		Adresse 45 BOULEVARD JEAN CHARCOT 73100 TRESSERVE			
N° centre gestionnaire 1000		Date de début hospitalisation 06/10/2022					
Entrée le 06/10/2022		Sortie le 06/10/2022					

Maladie		<input checked="" type="checkbox"/>		Accident causé par un tiers		<input type="checkbox"/>		Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins		Non		<input checked="" type="checkbox"/>		Oui		<input type="checkbox"/>		Si oui, date		00/00/00	
Maternité		<input type="checkbox"/>		AT/MP		<input type="checkbox"/>		Exonération forfait journalier		Non		<input checked="" type="checkbox"/>		Oui		<input type="checkbox"/>		Régime Alsace Moselle		<input type="checkbox"/>	
Frais de structure et de soins																					
Transfert	Mode de traitement	Difft	DCS	Prestations		Période		Prix Unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée					
						Du	Au						Taux	Montant							
S	S		C	GHS PAS		06/10/22	06/10/22	582.15	1	1.00	582.15	582.15	100.00	558.15	24.00						
						06/10/22	06/10/22	24.00	1	1.00											
Sous-total 1											582.15	582.15		558.15	24.00	0.00					

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques																
Transfert	Mode de traitement	Difft	DCS	Prestations		N° identification prescripteur	Date d'implantation		Prix unitaire / tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
													Taux	Montant		
Sous-total 2												0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Sous-total 1 + 2												582.15	582.15	558.15	24.00	0.00

SERVICE COURRIER

17 JUIL. 2023

Feuillet 1 / 2

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																								
Transfert	N° de case	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre de	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elément de tarification		Quantité	Coefficient ou déductible	Coefficient association	Honoraires factures	Département	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
													Modèle	Code rem. excepté							Taux	Montant		
u	1			251850046	49	34	02	06/10/22		ADC		138.96	T J		1.00			163.97		163.97	100.00	163.97		
	1			251850046	49	34	02	06/10/22		ADI		79.80			1.00			79.80		79.80	100.00	79.80		
Sous-total 3													243.77			243.77		243.77	0.00	0.00				

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S) B° ST VINCENT HONO		N° 1		MANDATAIRE(S) B°		N°	
Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet
Compte	Clé	Compte	Clé	Compte	Clé	Compte	Clé

Montant facturé par le praticien.						
N°1 MONEK OLIVIER	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7
ADELI 251850046	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI
€ 0.00	€	€	€	€	€	€

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 825.92 € **Rappel du numéro de facture 222630003**

Feuillet 2 / 2