

Titre exécutoire en application des articles L.252A du LPF et L.617-5, R.2342-4 et D.3342-11 du CGCT et L.6145-9 du code de la santé.
par MME ALISSE Sabine, Directeur par intérim de l'établissement

[illegible]

2015

PARTIE 1 A CONSERVER

Veuillez inscrire dans le cadre ci-dessous, les noms, prénoms et l'adresse à qui retourner le justificatif de paiement.
A ne compléter que s'il vous est demandé de retourner la totalité de cet avis (mention imprimée par ordinateur au recto de ce document).

Nom - Prénom

N° Rue

Code Postal

Ville

1

COMMENT RECLAMER ?

- **Si vous souhaitez obtenir des renseignements** sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous au Centre Hospitalier (Service Facturation). Vous pouvez interroger ce service par téléphone.
- **Si vous estimez qu'une erreur a été commise**, adressez-vous au Centre Hospitalier (Service Facturation), qui a qualité pour rectifier éventuellement le présent avis.
- **Si vous avez des difficultés pour payer** les sommes dues, présentez-vous chez le comptable de l'établissement en vous munissant du présent avis ou écrivez-lui en rappelant toutes les références figurant sur le papillon détachable.

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

VOIES DE RECOURS : Dans le délai de deux mois suivant la modification du présent acte (article L 1617- du code général de collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif.

2

TALON DE PAIEMENT

Si vous réglez

- **Par INTERNET**
 - connectez-vous au site de l'hôpital www.ghpso.fr ou rendez-vous directement sur le site de paiement en ligne www.payfip.gouv.fr. Vous trouverez les informations utiles au paiement sur le recto de cette facture.

Identifiant collectivité : 010428

Référence facture : au dos sous le montant à payer

- **Par CHEQUE** (et sous pli affranchi)
 - à l'adresse de paiement indiquée au recto
 - Joignez votre chèque libellé à l'ordre : **TRESOR PUBLIC**, à ce talon de paiement n°2, sansagrafer ni plier.



3

Si vous réglez

Par mandat ou virement postal

Collez ce talon N°3 sur la partie réservée à la correspondance du chèque postal ou du mandat.

De: "Optic 2000" <o2.stalban@orange.fr>
Date: samedi 15 juillet 2023 17:58
A: "Service Optique Praeconis" <service.optique@praeconis.fr>
Objet: facturation

Bonjour,

Merci de procéder au règlement de la facture ci-jointe.

Cordialement.

OPTIC 2000
348 avenue de Chambéry
73230, Saint-Alban-Leysse
04.79.25.23.87





Une nouvelle vision de la vie

optic 2000
348 avenue de chambéry
73230 ST ALBAN LEYSSE

Tél : 04 79 25 23 87
o2.stalban@orange.fr

Mme. VIBOUD JOSIANE

58 RUE PIERRE ET MARIE CURIE
73290 LA MOTTE SERVOLEX
Tél : +33623104040
Né(e) le : 10/09/1953
N° SS : 2 53 09 73 065 035 87
Caisse : CPAM CHAMBERY

Assuré : MME. VIBOUD JOSIANE
N° facture : F102010133
Presc Opt : DR BERTRAND Patrick
N° Adeli : 731019014
Prescripteur RPPS : 10003081089
Ordonnance : 24/04/2023

Mutuelle : PRAECONIS
Gest. C. :
N° adhérent : 0
N° accord :

Facture N°F102010133 du 15/07/2023 - Établie par Marie S - FACTURE ACQUITTÉE

Réf	Désignation	Qté	Taux TVA	Brut TTC	Rem.	Net TTC	Rbst SS	Compl.
---	n°D102010606---							
---	1e paire - V(L+P) ---							
00387976	AudiOptic Trade Services - MEDLEY - MF2222 - Traditionnel 49x19x140 BLEU (BLEU)	1	20,00 %	99,00		99,00	0,03	43,94
204120	TIPS : 0.05 € CODE LPP GEN : 2264861 CODE RGPT : M03 ESSILOR - Vx Comfort 3 Fit Orma EPS Trs8 Cz Sapph HR - 60/65 Œil Droit : -1.25 (+1.25) 100° Add. +2.75 - Ecart : VL 30.5 inclus : EPS Trs8 + Style Bleu Saphir + Cz Sapph HR	1	20,00 %	331,00	20,00 €	311,00	0,03	138,06
204120	TIPS : 0.05 € CODE LPP GEN : 2203948 CODE RGPT : VM2 ESSILOR - Vx Comfort 3 Fit Orma EPS Trs8 Cz Sapph HR - 60/65 Œil Gauche : -1.00 (+1.25) 70° Add. +2.75 - Ecart : VL 30.5 inclus : EPS Trs8 + Style Bleu Saphir + Cz Sapph HR	1	20,00 %	331,00	20,00 €	311,00	0,03	138,06
	TIPS : 0.05 € CODE LPP GEN : 2203948 CODE RGPT : VM2 Sous-Total 1e paire					721,00		
TVA 20.00 : 120,17 €			Total			721,00	0,09	320,06

Part RO - CPAM CHAMBERY (€) : 0,09
Part RC - PRAECONIS (€) : 320,06

Cachet ou signature attestant le
paiement du client

Réserves éventuelles de l'opticien

Total HT (€) : 600,83
Total TTC (€) : 721,00

Prise en charge Tiers-Payant (€) : 320,15
Reste à charge (€) : 400,85
Net à payer (€) : 400,85

UDL SARL
2 RUE FAVRE
73000 CHAMBERY
N° SIRET : 38048577100030
N° RCS : 380485771 - CHAMBERY
N° FINES : 732693999
CODE NAF : 4778A
N° TVA : FR28380485771

Garantie / SAV / Entretien / Travaux : le client reconnaît avoir reçu les conditions désignées assurance résultat. Le client reconnaît avoir reçu la marchandise faisant l'objet de cette facturation et déclare qu'elle lui convient parfaitement. Le client autorise la mutuelle mentionnée à régler la part qui lui incombe ainsi que celle de la sécurité sociale dans le cadre d'un tiers payant. Les montants de remboursement sont estimatifs et sont soumis à l'acceptation de la prise en charge par votre mutuelle / assurance.

DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023006104
Valable du 10/07/2023 au 09/08/2023

OPTIC 2000

348 AV DE CHAMBERY

73230 ST ALBAN LEYSSE

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.98.41

Fax : 03.84.97.12.36

E-mail : service.optique@praeconis.fr

Vesoul, le 10 juillet 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 : **VIBOUD JOSIANE** Né(e) le : **10/09/1953**

N° Dossier : **N129369** N° S.S. : **2530973065035 87**

Code Tiers National : **732693999**

Ce devis est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
V.c.B.C M-P.-8< Sph<0 C=<4 1	311.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver D Fort.Cor CR 1	311.00	0.05		310.95
V.c.B.C M-P.-8< Sph<0 C=<4 1	311.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver G Fort.Cor CR 1	311.00	0.05		9.05
Monture Adulte Classe B 1	99.00	0.05	0.03	0.02
Monture Opt Forte Cor CR 1	99.00	0.05		
TOTAUX			0.09	320.06

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



Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte.

CA DES SAVOIE

07/07/2014

CHAMBERY CHATEAU

00810

Tel. 0479446009

Fax. 0479752607

Intitulé du Compte : E.U.R.L. U.D.L.
OPTIC 2000

2 RUE FAVRE

73000 CHAMBERY

DOMICILIATION

Code
établissement

18106

Code
guichet

00810

Numéro de
compte

96735042863

Clé
RIB

63

IBAN (International Bank Account Number)

FR76

1810

6008

1096

7350

4286

363

Code BIC (Bank Identification Code) - Code **swift**:

AGRIFRPP881

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 : MADAME LA DIRECTRICE

CENTRE HOSPITALIER COMPIEGNE N		COMPIEGNE CEDEX		600100721		N° de titre		H 23- 0130689			
Établissement		N°Siren 200034650		Ville		Matricule		063100			
P A T I E N T	N° Entrée 123037338		Etab.CENTRE HOSPITALIER COMPIEGNE		600113476		N°Siret		20003465000016		
	Nom usuel COSMAN/BERNARD		Né(e) le 17/10/1939				Bordereau		0000243		
	Nom Nais COSMAN		A				N° Feuille		1		
	ENTRE(E) 25/04/2023 18 H 59		SORTI(E) 09/05/2023 15 H 03				Exercice		2023		
	TRF EXT COURT SEJ		RETOUR DOMICILE				RDT				
ADRESSE		12 RUE DES LILAS									
60420 LE FRESTOY VAUX											
				Assuré		Nom COSMAN/BERNARD		Ben. 01		N° 1391060670017 33	
						Org. 01601999					
Obser.	Séjour : COSMAN/BERNARD - Facturation du 25/04/2023 au				RISQUE : 28 CG : 11 MT : 03						
	09/05/2023				Exo CCAM						
					N° mutualiste H516042						

DÉSIGNATION	Tx TVA	NBRE	TARIF	BASE REMBOURSEMENT	TAUX	A VOTRE CHARGE	
FRAIS DE SEJOUR							
250423 au 290423 Forf.Journalier		4	20,00		100	80,00	DMT: 210
250423 au 290423 MED GERIAT A MT03		4	970,95			0,00	DMT: 210
290423 au 020523 Forf.Journalier		3	20,00		100	60,00	DMT: 233
290423 au 020523 SPE TRES COU MT03		3	2420,04			0,00	DMT: 233
020523 au 090523 Forf.Journalier		7	20,00		100	140,00	DMT: 210
020523 au 090523 MED GERIAT A MT03		7	970,95			0,00	DMT: 210
090523 au 090523 Forf.Journalier		1	20,00		100	20,00	DMT: 210
TOTAL DES FRAIS DE SEJOUR						300,00	
AUTRES PRESTATIONS							
270423 ATM PU: 0,0000			0,00			0,00	
280423 ATM PU: 0,0000			0,00			0,00	
TTC						300,00	

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

INFORMATIONS

HOSPITALISATION 03 44 23 60 18
EHPAD Compiègne 03 44 23 69 92 ou EHPAD Noyon 03 44 44 42 13
DE 8H30 A 16H DU LUNDI AU VENDREDI
TVA intracommunautaire FR 612 660 070 61

Quittances à
déduire

A PAYER

300,00 €

Renseignements Trésor public

Banque TPBEAUVAIS
IBAN FR7610071600000000200477102 BIC TRPUFRP1XXX
Adresse TRESORERIE HOSPITALIERE CREIL
1-2 square Hélène Boucher
Heures d'ouverture :
LUN,MAR,JEU,VEN DE 8H45 A 12H15
60319 CREIL CEDEX 21 Téléphone : 03 44 61 41 60

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

PREVALOIS

A060xx

CENTRE HOSPITALIER COMPIEGNE N

★

IDENTIFICATION

à joindre à votre chèque

6 RUE PAUL MOREL
BP 80283

70006 VESOU CEDEX

PC: 060044

CH: 63

ET: 14

Ex: 2023

Dossier 123037338

Titre : 23 0130689
063100

Mt: 300,00 €

Références : Hélios - N° Codique 060044

Etab. 14 Exer. 2023

N° Entrée 123037338

N° Titre 0130689

Montant en euros: 300,00

TRESORERIE HOSPITALIERE CREIL
1-2 square Hélène Boucher

60319 CREIL CEDEX 21

Ne rien inscrire sous ce trait - Ne pas plier

000000163231

950033000169 65100001306890000010600445957806

30000



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).

EXPÉDITEUR	TRESORERIE HOSPITALIERE CREIL 1-2 square Hélène Boucher 60319 CREIL CEDEX 21
DESTINATAIRE	PREVALOIS 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 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 de l'établissement 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'ETABLISSEMENT HOSPITALIER

RENSEIGNEMENTS ETABLISSEMENT HOSPITALIER

Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous à l'établissement hospitalier (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 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.
par MME ALISSE Sabine, Directeur par intérim de l'établissement

HOPITAL	GHPSO GHPSO CREIL Boulevard LAENNEC 60100 CREIL	Finess 600101984 N° Siret 200029619 Finess 600000467 Bureau du régisseur ouvert du lundi au vendredi de 9h à 12h / 13h à 15h Tél : 03.44.61.69.12	MP 1312	N° TITRE	111859		
				Emis et rendu exécutoire le	29/06/2023		
BENEFICIAIRE	Nom ARNOULIN Né(e) FRELIEZ Prénom ARMELLE Né(e) le 27/05/1952 Adresse 02 RUE ERNEST LEGRAND 60440 NANTEUIL LE HAUDOUIN N° IEP 200437745/056 N° IPP 005924095 Risq.10 ENTREE: 13/06/2023	Exp. CENTRE DES FINANCES PUBLI 1-2 Square H BOUCHER CS 90449 60319 CREIL CEDEX 2		N° Bordereau	669		
				N° Feuille	1		
ASSURE	Nom ARNOULIN ARMELLE NN 252057505308834 Ben. ORG.016010001 N° Mutualiste 153295	Destinataire PRAECONIS 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX		Exercice	2023		
OBS.	Prestations MTO - Orienté médecin traitant						
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	REALISAT.
130623	Avis ponctuel de consultant au APC	1,00	55,00		30	16,50	49

SERVICE COMPTABLE
17 JUL 2023

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

Du lundi au vendredi 8h45-12h15 (Fermé le mercredi)

Téléphone 0344614160

BDF TRESOR PUBLIC 00002004 RIB

IBAN FR7610071600000000200478169

Quittance

10071600000000200478169

BIC TRPUFRP1XXX

16,50 €

Acompte

A PAYER

AVIS A CONSERVER ET A JOINDRE A L' ATTESTATION

TALON DE PAIEMENT

PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

060044

GHPSO

€

*

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

Débiteur: 302269

Références: HTR - n° codique 060044

étab 056 exercice 2023

IDENTIFICATION

PC. 060044

n° entrée 200437745

n° titre 230111859067000

CH. 067 ET. 056

EXC. 2023

DOS. 200437745

111859

Montant : 16,50 euros

CENTRE DES FINANCES PUBLI
1-2 Square H BOUCHER
CS 90449
60319 CREIL CEDEX 2

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

montant en euros

Montant : 16,50 €

000000167238

950033000169 31100001118590000010600445974806

1650

PARTIE 1 A CONSERVER

Veuillez inscrire dans le cadre ci-dessous, les noms, prénoms et l'adresse à qui retourner le justificatif de paiement.
A ne compléter que s'il vous est demandé de retourner la totalité de cet avis (mention imprimée par ordinateur au recto de ce document).

Nom - Prénom

N° Rue

Code Postal

Ville

1

COMMENT RECLAMER ?

- **Si vous souhaitez obtenir des renseignements** sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous au Centre Hospitalier (Service Facturation). Vous pouvez interroger ce service par téléphone.
- **Si vous estimez qu'une erreur a été commise**, adressez-vous au Centre Hospitalier (Service Facturation), qui a qualité pour rectifier éventuellement le présent avis.
- **Si vous avez des difficultés pour payer** les sommes dues, présentez-vous chez le comptable de l'établissement en vous munissant du présent avis ou écrivez-lui en rappelant toutes les références figurant sur le papillon détachable.

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

VOIES DE RECOURS : Dans le délai de deux mois suivant la modification du présent acte (article L 1617- du code général de collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif.

2

TALON DE PAIEMENT

Si vous réglez

- **Par INTERNET**
 - connectez-vous au site de l'hôpital www.ghpso.fr ou rendez-vous directement sur le site de paiement en ligne www.payfip.gouv.fr Vous trouverez les informations utiles au paiement sur le recto de cette facture.

Identifiant collectivité : 010428

Référence facture : au dos sous le montant à payer

- **Par CHEQUE** (et sous pli affranchi)
 - à l'adresse de paiement indiquée au recto
 - Joignez votre chèque libellé à l'ordre : **TRESOR PUBLIC**, à ce talon de paiement n°2, sansagrafer ni plier.



2

Si vous réglez

Par mandat ou virement postal

Collez ce talon N°3 sur la partie réservée à la correspondance du chèque postal ou du mandat.