



# BORDEREAU de REGLEMENT

6 RUE PAUL MOREL

70000 VESOUL

tél 03-84-75-19-20

fax 03-84-75-20-21

prestations@mutuelle-mmc.com

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2021

Dr ZIPPFEL JONATHAN

Destinataire

701700338

Radiodiagnostic

cim.vesoul@orange.fr

6 PAS JULES DIDIER  
IMAGERIE MEDICALE  
70000 VESOUL

Date de Règlement

30 Juin 2021

Page : 1

REFERENCE MMC	ADHERENT MMC	FACTURE	Date des soins	NOM - PRENOM	Quantité	BASE R.O.	TAUX R.O.	MONTANT
180621	U002879	000082940	19.05.2021	CHOBARD MARGHNA	1.00	47.06	70	14.12
180621	U002879	000082940	19.05.2021	CHOBARD MARGHNA	1.00	11.56	70	3.47
				Total de la facture 000082940				17.59
				TOTAL DE 180621				17.59
				Ref 21166926040004165				
20210616	P001072	000087707	10.06.2021	PHILIPPE ETIENNE	1.00	75.60	70	22.68
				Total de la facture 000087707				22.68
				Total Ref 21166926040004165				22.68
				Ref 21166926040003781				
20210616	P066839	000086674	07.06.2021	DELAIN CLAUDE	1.00	37.80	70	0.00
20210616	P066839	000086674	07.06.2021	DELAIN CLAUDE	1.00	29.97	70	0.00
				Total de la facture 000086674				0.00
				Total Ref 21166926040003781				0.00
				Ref 21166926040003783				
20210616	N133888	000087351	09.06.2021	AGNELOT ALAIN	1.00	46.24	70	13.87
				Total de la facture 000087351				13.87
				Total Ref 21166926040003783				13.87
				Ref 21166926040003785				
20210616	N137184	000087396	09.06.2021	PAYEUR MARCEL	1.00	27.89	70	8.37
				Total de la facture 000087396				8.37
				Total Ref 21166926040003785				8.37
				Ref 21166926040004158				
20210616	U026272	000086592	07.06.2021	DEROCHE MICHELE	1.00	41.58	70	12.47
20210616	U026272	000086592	07.06.2021	DEROCHE MICHELE	1.00	18.63	70	5.59
				Total de la facture 000086592				18.06
				Total Ref 21166926040004158				18.06
				Ref 21166926040003788				
20210616	P003144	000087623	10.06.2021	RIBARD NICOLE	1.00	66.42	70	19.93
20210616	P003144	000087623	10.06.2021	RIBARD NICOLE	1.00	20.79	70	6.24
				Total de la facture 000087623				26.17
				Total Ref 21166926040003788				26.17
				Ref 21166926040004162				
20210616	N007207	000087352	09.06.2021	MOUREY MARIE JOSE	1.00	29.97	70	8.99
				Total de la facture 000087352				8.99
				Total Ref 21166926040004162				8.99
				Ref 21166926040004161				
20210616	U011983	000087346	09.06.2021	PEGEOT ANNE-MARIE	1.00	47.06	70	14.12
20210616	U011983	000087346	09.06.2021	PEGEOT ANNE-MARIE	1.00	11.56	70	3.47
				Total de la facture 000087346				17.59
				Total Ref 21166926040004161				17.59
				Ref 21166926040003787				
20210616	N146867	000087495	10.06.2021	DEMANDRE ANNICK	1.00	20.79	70	6.24
				Total de la facture 000087495				6.24
				Total Ref 21166926040003787				6.24
				Ref 21166926040004160				
20210616	N101015	000086737	07.06.2021	BOUDROUZ NAOUAL	1.00	75.60	70	22.68



# BORDEREAU de REGLEMENT

6 RUE PAUL MOREL

70000 VESOUL

tél 03-84-75-19-20

fax 03-84-75-20-21

prestations@mutuelle-mmc.com

Dr ZIPPFEL JONATHAN

## Destinataire

701700338

Radiodiagnostic

cim.vesoul@orange.fr

6 PAS JULES DIDIER  
IMAGERIE MEDICALE  
70000 VESOUL

## Date de Règlement

30 Juin 2021

Page : 2

REFERENCE MMC	ADHERENT MMC	FACTURE	Date des soins	NOM - PRENOM	Quantité	BASE R.O.	TAUX R.O.	MONTANT
						REPORT		162.24
				Total de la facture 000086737				22.68
				Total Ref 21166926040004160				22.68
				Ref 21166926040003782				
20210616	N130688	000086800	07.06.2021	LEMARE ELISE	1.00	37.80	70	11.34
				Total de la facture 000086800				11.34
				Total Ref 21166926040003782				11.34
				TOTAL DE 20210616				155.99
				Ref 21169926040002639				
20210621	N000762	000088736	16.06.2021	COURTOIS CLAUDE	1.00	75.60	70	22.68
				Total de la facture 000088736				22.68
				Total Ref 21169926040002639				22.68
				Ref 21169926040002636				
20210621	N145233	000088146	14.06.2021	DEBBICHE FARIDA	1.00	39.96	70	11.99
				Total de la facture 000088146				11.99
				Total Ref 21169926040002636				11.99
				TOTAL DE 20210621				34.67
				Ref 21173139340031308				
20210623	N055124	000089034	17.06.2021	FAIVRE SANDRINE	1.00	23.12	70	6.94
				Total de la facture 000089034				6.94
				Total Ref 21173139340031308				6.94
				Ref 21173926040002961				
20210623	N008869	000088915	17.06.2021	HUOT JEAN NOEL	1.00	29.97	70	8.99
20210623	N008869	000088915	17.06.2021	HUOT JEAN NOEL	1.00	14.99	70	4.50
				Total de la facture 000088915				13.49
				Total Ref 21173926040002961				13.49
				Ref 21173926040002968				
20210623	U009163	000089412	18.06.2021	TOMASINO RENEE	1.00	34.97	70	10.49
				Total de la facture 000089412				10.49
				Total Ref 21173926040002968				10.49
				Ref 21173926040002964				
20210623	N135882	000089035	17.06.2021	GEROME DANIEL	1.00	47.06	70	14.12
				Total de la facture 000089035				14.12
				Total Ref 21173926040002964				14.12
				Ref 21173926040002963				
20210623	N116004	000088963	17.06.2021	JOACHIM JOSETTE	1.00	29.97	70	8.99
				Total de la facture 000088963				8.99
				Total Ref 21173926040002963				8.99
				Ref 21173926040002970				
20210623	N127879	000089463	18.06.2021	DEPIERRE MARCELLE	1.00	66.42	70	19.93
				Total de la facture 000089463				19.93
				Total Ref 21173926040002970				19.93
				Ref 21173926040002969				
20210623	N126437	000089453	18.06.2021	SANTONAX LYSIANE	1.00	20.79	70	6.24
				Total de la facture 000089453				6.24

# TIERS-PAYANT

SELARL CIMVES  
701700338 - Radiologue  
13 R DU DR NOEL COURVOISIER 70000 VESOUL

## FACTURE N°86674

Date de paiement : 16/06/2021  
RG - 701 - CPAM de HAUTE-SAÔNE

N° lot : 852

Total nature d'assurance AS : 437,91 €

### Prestations et remboursements

Facture n° :	149027055013904 - DELAIN CLAUDE, né(e) le 18/02/1949	AS	Total :
86674	ECHO OU DOPPLER . ADE 07/06/2021 Qté : 1 Dépense : 37,80 € RO : 26,46 € RC : 0,00 €		47,44 €
	ACTE D IMAGERIE ADI 07/06/2021 Qté : 1 Dépense : 29,97 € RO : 20,98 € RC : 0,00 €		

SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2021

(\*) SNL : Sans Numéro de Lot  
(\*\*) SNF : Sans Numéro de Facture  
(\*\*\*) LNC : Lot Non Connue  
(\*\*\*\*) FNC : Facture Non Connue



8 RUE PAUL MOREL  
70000 VESUL  
Tel : 03 84 75 16 44

Mutuelle soumise au livre II du code de la Mutualité



Télétransmission  
hors Sésam-vitale  
Code télétransmission  
70M000694

ÉMISSION DU 01/01/2021 AU 31/12/2021

N° Adhérent : 1066809  
N° AMO : 778542852  
ÉDITEE LE 22/11/2021

Typ Contr. : OC  
CSR  
R Contrat Responsable

**BÉNÉFICIAIRES : NOM / PRÉNOM**

QUALITÉ / DATE DE NAISSANCE / N° SÉCURITÉ SOCIALE / RÉGIME / PRODUIT

DELAIN ANNICK (A) 04/05/1959 2500275110054 58 AS MD  
DELAIN CLAUDE (A) 18/02/1949 1490270550139 04 AS MD

**GARANTIES OUVRANT DROIT AU TIERS PAYANT RÉGIME OBLIGATOIRE INCLUS\***

HOSP	LARA	PHAR	COSL	EXTE	AUXM	TRAN	DENT	OPAU
(1)	OUI	(2)	OUI	OUI	OUI	OUI	(1)	(1)
(1)	OUI	(2)	OUI	OUI	OUI	OUI	(1)	(1)

(1) Sous réserve de la délivrance d'une prise en charge  
ASSISTANCE 01 55 92 82 60  
Téléconsultation - Second Avis Médical : 01 55 92 42 60

(2) Vignettes 15% prises en charge  
Prestations : prestations@mutuelle-mmc.com

WWW.MUTUELLE-MMC.COM

\* LES TAUX S'APPLIQUENT AU TARIF DE RESPONSABILITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

**CODIFICATION  
DES GARANTIES  
OUVRANT DROIT  
AU TIERS PAYANT**

PHAR	Pharmacie - Produits LPP
HOSP	Frais d'hospitalisation
EXTE	Soins externes en établissement hospitalier
COSL	Médecins (consultations, visites, actes techniques)
LARA	Laboratoires et radiologies
AUXM	Auxiliaires Médicaux
OPAU	Optique - Audioprothèse
DENT	Soins dentaires et prothèses
TRAN	Transport
OBSQ	Obsèques

**IMPORTANT : LA CARTE MUTUALISTE**

Cette carte valable pour la période imprimée est rigoureusement personnelle, en cas de radiation, veuillez nous la retourner. Elle devra être présentée pour toute demande de tiers-payant.

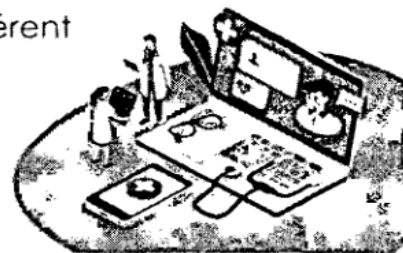
**TIERS PAYANT**

Période de validité : Elle est indiquée au haut et à droite du recto, sauf exception pour la date de début, mentionnée sous la forme n° d'année (MMAA), dans la colonne de la garantie concernée, au dessus du taux correspondant.

[www.mutuelle-mmcc.com](http://www.mutuelle-mmcc.com)



**Carte d'Adhérent  
Mutualiste**



**JUSSIEU SECOURS RONCHAMP SN**  
20 RUE LE CORBUSIER

SERVICE COURRIER LE  
17 JUL. 2023

70250RONCHAMP  
Tél : 03.81.34.21.38  
Fax: 03.81.30.49.37

**PRAECONIS**  
6 RUE PAUL MOREL  
70000 VESOUL

RONCHAMP, le 06/07/2023

**Finess identifiant professionnel:- 702521899**

Objet : Encours Règlement / relance Partenaire  
R1/BAR2  
FACTURE N° 000732822

AMC :  
N°Adhérent : N134535

Madame, Monsieur,

Sauf erreur ou omission de notre part, nous ne trouvons pas trace du règlement relatif à la facture détaillée ci-après, transmise à vos services le ou 15/06/2023 lot n° 018579.

**Bénéficiaire** : JACQUENET ANDREE, **Date de naissance:**22/12/1934

**Assuré** : JACQUENET ANDREE, N° SS : **2341290010071 87 &**  
3 RUE PIERRE ET MARIE CURIE  
EHPAD MAISON JOLY //SECTEUR OUEST  
25200 MONTBELIARD

**Détail prestation:**

**Transport** : Ambulance code acte ABA du 24/05/2023 au  
**Trajet aller** : TREVENANS Site de Trevenans // MONTBELIARD HNFC EHPAD MAISON JOLY  
**Trajet retour** : //

**Facture** : 000732822 Emise le 15/06/2023  
**Montant** : 91.49 Euros  
**Remboursement SS** : **59.47** **Taux: 65.00 %**

**Reste Du** : **32.02**

Aucune réserve de votre part ne nous étant à ce jour parvenue.

Nous vous serions donc très obligés de bien vouloir faire le nécessaire afin que ce dossier puisse être rapidement réglé, sans règlement de votre organisme dans le délais conventionnel de 21 jours nous serons dans l'obligation de ne pas accordé le tiers payant a votre assuré a ce titre nous demanderons au bénéficiaire de ce transport de régler ce dernier, sauf réserves que vous ne manquerez pas de nous communiquer.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations dévouées.

Service Comptabilité  
**Tel: 03.81.34.21.38**  
**Fax: 03.81.30.49.37**

**IBAN**  
**FR76 1080 7000 3532 4212 1570 150 CCBPFRPPDJN**

## FACTURE DE TRANSPORT

SERVICE COURRIER LE

VEHICULE SANITAIRE LEGER (VSL)

- AMBULANCE

17 JUL. 2023

15/06/2023

00073282

Date de la facture

N° de la facture

Personne transportée et assurée(e)

## • Personne bénéficiaire du transport

Nom et prénom

JACQUENET ANDREE

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

22/12/1934

Date de naissance

nom et n° du centre de paiement ou de la section  
mutualiste (pour les salariés ou non et n° de  
la tarification conventionnelle pour les non salariés)  
CPAM HD 9 BLD DES ALLIES  
70000 VESOUL CEDEX

## • Assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Numéro d'immatriculation

• Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers (hors AT/MP) ? Non ☒ Oui ☐ Date de l'accident

## Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom

MAISON JOLY

Raison sociale

Identifiant

250017233

N° de la structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

OU Samu-Centre 15, n° de mission 1

• Si prescription en ligne, n°

Transport effectué (si transports multiples, veuillez cocher la case ☐)

Aller	date	24/05/2023	Urgence : non <input checked="" type="checkbox"/> oui		
	lieu de prise en charge	Site de Trevenans		heure du départ	15 49
	destination	HNFC EHPAD MAISON JOLY		heure de l'arrivée	16 17
	membre(s) de l'équipage	HITSCH PAULINE / ZIMMERLIN CLARA		N° minéralogique du véhicule	FD-345-AW
Retour	date				
	lieu de prise en charge			heure du départ	
	destination			heure de l'arrivée	
	membre(s) de l'équipage			N° minéralogique du véhicule	

## Tarification

	Quantité	Montant
- 1) Forfait : départemental <input checked="" type="checkbox"/> agglomération		52.05
majoration nuit		
majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 2) Tarif kilométrique	17	39.44
majoration nuit		
majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 3) Valorisation trajet court de jour		
- 4) Valorisation trajet court de nuit		
- 5) Valorisation trajet court samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 6) Supplément : aéroport, port, gare prématuré, incubateur Samu-Centre 15		
autre (à préciser)		
- 7) Abattement pour transport partagé <input type="checkbox"/> - deux patients <input type="checkbox"/> - trois patients		
- 8) Péage (en cas de transport partagé, le montant des péages doit être divisé par le nombre de personnes transportées)		
• BASE DE REMBOURSEMENT		91.49
Part de l'organisme 65 % x	91.49 =	59.47
Part de l'assuré(e) 35 % x	91.49 =	32.02
Supplément non remboursable (à détailler)		0.00
Somme à payer par l'assuré(e)	+	32.02
• MONTANT TOTAL DE LA FACTURE	+	91.49

• DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS : totale

partielle ☒

• PAIEMENT DIRECT

## Transporteur

Raison sociale JUSSIEU SECOURS RONCHAMP SN

N° d'identification :

Adresse 20 RUE LE CORBUSIER 70250 RONCHAMP

702521899

Fait à RONCHAMP Le 15/06/2023

Signature du transporteur

## Attestation de l'assuré(e) (facultative si annexe remplie et signée)

L'assuré(e), le bénéficiaire du transport ou son représentant atteste de la réalisation du transport mentionné ci-dessus et de la somme réglée, le cas échéant. Il(elle) s'engage à payer au transporteur tout ou partie de la facture en cas de refus total ou partiel de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie.

Fait à RONCHAMP Le 15/06/2023

Signature

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

CNAM 715 - XII 2017

SERVICE COURRIER LE  
17 JUL. 2023

PRAECONIS  
6 RUE PAUL MOREL  
70006 VESOUL CEDEX  
France Métropolitaine

FACTURE N° 1301738 du 30/06/2023

Patient (Né(e) le 15/01/1948)  
Monsieur THEVENOT MICHEL

Adresse de l'organisme

50014718 50014718  
Taux de prise en charge : 60.00 % Accord AMO : 18/11/2022

CPAM 741  
2 RUE ROBERT SCHUMAN  
74984 ANNECY CEDEX 09

Assuré 1 48 01 21 590 002 06  
Monsieur THEVENOT MICHEL  
125 CHEMIN DE LA CROIX VERTE  
LIEU-DIT ESSERT SALEVE  
74560 MONNETIER MORNEX  
Prescription du 03/11/2022  
Par DOCTEUR RAPIN JEAN-PAUL  
N° 741024947

Org. AMC : PRAECONIS  
N° Adhérent : N155556

Lot FSE n°225 : Télétransmise

Page 1/1

RÉF. / LPP	DÉSIGNATION	QTÉ	P.U.	BASE REMB.	PART RO	PART RC	PART CLIENT	TVA
1187880	PPC 9.TL1 (+ DE 112 H) AMO : 60% - AMC : 052-100%TM Loc. du 01/06/2023 au 28/06/2023	4	15.58	15.58	37.39	24.93	0.00	10

N° de professionnel : 692647191

AU 10/07/23

TVA	MT. HT	TAUX	MT. TVA	MT. TTC	RÉGLÉ AU	RESTE AU
10	51.93	20.00%	10.39	Part RO 37.39€ Part RC 24.93€ Part client 0.00€		37.39€ 24.93€ 0.00€
TOTAL				62.32€	Tiers payant intégral	



SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2023

PRAECONIS

6 RUE PAUL MOREL

70006 VESOUL CEDEX

France Métropolitaine

FACTURE N° 1299711 du 30/06/2023

Patient (Né(e) le 13/01/1950)

Monsieur BOURGNE GEORGES

Adresse de l'organisme

50011681 50011681

Taux de prise en charge : 60.00 %

Accord AMO : 16/02/2023

CPAM 422

Agence Fournisseurs Extérieurs

CS 72701

42027 SAINT ETIENNE CEDEX 1

Assuré 1 50 01 42 218 167 54

Monsieur BOURGNE GEORGES

Prescription du 01/02/2023

Par DOCTEUR SAUVAGE MAXIME

N° 420785354

Org. AMC : PRAECONIS

N° Adhérent : K188173

Lot FSE n°140 : Télétransmise

Page 1/1

RÉF. / LPP	DÉSIGNATION	QTÉ	P.U.	BASE REMB.	PART RO	PART RC	PART CLIENT	TVA
1187880	PPC 9.TL1 (+ DE 112 H) AMO : 60% - AMC : 052-100%TM Loc. du 31/05/2023 au 27/06/2023	4	15.58	15.58	37.39	24.93	0.00	10

N° de professionnel : 692647191

AU 10/07/23

MT. TTC

RÉGLÉ AU

RESTE AU

TVA	MT. HT	TAUX	MT. TVA
10	51.93	20.00%	10.39

Part RO	37.39€		37.39€
Part RC	24.93€		24.93€
Part client	0.00€		0.00€
<b>TOTAL</b>	<b>62.32€</b>	<i>Tiers payant intégral</i>	

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

PRAECONIS

6 RUE PAUL MOREL

70006 VESOUL CEDEX

France Métropolitaine

FACTURE N° 1307627 du 30/06/2023

**Patient** (Né(e) le 24/10/1948)

Monsieur CHARET JEAN PAUL

Adresse de l'organisme

ST ETIENNE (CPAM)

3 Parvis Pierre Laroque

CEDEX 1

42000 SAINT ETIENNE

50024871 50024871

Taux de prise en charge : 60.00 %

Accord AMO : 17/02/2023

**Assuré** 1 48 10 42 091 010 92

Monsieur CHARET JEAN PAUL

LE CROZET

42550 APINAC

**Prescription du 02/02/2023**

Par DOCTEUR WEBER JEAN-GUILLAUME

N° 421702713

Org. AMC : PRAECONIS

N° Adhérent : N155807

Lot FSE n°546 : Télétransmise

Page 1/1

RÉF. / LPP	DÉSIGNATION	QTÉ	P.U.	BASE REMB.	PART RO	PART RC	PART CLIENT	TVA
1192987	PPC 9 TL3 (- DE56 H) AMO : 60% - AMC : 052-100%TM Loc. du 22/06/2023 au 28/06/2023	1	4.00	4.00	2.40	1.60	0.00	10

N° de professionnel : 692647191

AU 10/07/23

TVA	MT. HT	TAUX	MT. TVA
10	3.33	20.00%	0.67

	MT. TTC	RÉGLÉ AU	RESTE AU
Part RO	2.40€		2.40€
Part RC	1.60€		1.60€
Part client	0.00€		0.00€
<b>TOTAL</b>	<b>4.00€</b>	<i>Tiers payant intégral</i>	