

MODALITES DE REGLEMENT :

Adresser votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public, au Centre d'Encaissement avec le talon de paiement dans l'enveloppe à fenêtre ci-jointe dûment affranchie.

N'adressez aucun autre document au Centre d'Encaissement.

Vous pouvez aussi payer :

- aux guichets de la trésorerie (adresse et horaires au recto), muni du présent avis.: en numéraire (pour les sommes inférieures à 300 Euros) ou en carte bancaire
- par virement bancaire ou postal établi à l'ordre du Trésor public en indiquant les références bancaires figurant au recto dans le cadre PAIEMENT, et en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titres portées en haut à droite du présent avis.
- En ligne par Internet si l'adresse du site est renseignée sur le talon de paiement du présent avis. Les informations requises au moment du paiement sont mentionnées sous l'adresse Internet.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL**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 aux services de l'établissement désigné au recto du présent acte
- **Réclamations:** si vous avez une réclamation amiable à formuler, adressez-vous aux services de l'établissement désigné au recto du présent acte
 * Attention : la contestation amiable ne suspend pas le délai de saisine du tribunal
- **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.

VOIES DE RECOURS:

Dans le délai de deux mois suivant la notification du présent acte (article L1617-5 du code général des collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal administratif compétent

- * Si vous souhaitez être assisté d'un avocat et si vous remplissez les conditions fixées par la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991, vous pouvez bénéficier de l'aide juridictionnelle. Vous devez en formuler la demande auprès du tribunal de grande instance.

De: "Atol de RIBERAC Centre Commercial" <riberac2@lachal.fr>
Date: samedi 15 juillet 2023 17:10
A: "Service Optique Praeconis" <service.optique@praeconis.fr>
Objet: facture pour règlement

Merci





C.Cial Leclerc
Z.I les Chaumes
24600 Ribérac

Tél. : 05.53.91.65.41 - Fax : 05.53.91.66.85
Email : riberac2@lalach.fr
N° FINESS : 242600393
N° Agrément : 33R1563L
N° Siren / Siret : 35107098200050
TVA Intracommunautaire : FR 53351070982



M. THIRY Loïc
3bis Morteve

16390 Saint-Séverin
FRANCE
N°SS : 1971108409247/03 - Date de naissance : 19/11/1997
: 06 22 49 56 29

PRAECONIS

N° Préfec. : 70000854
Fax. :

Facture N° : 29627 (SV:241154245)

DUPLICATA

Date Acte : 08/07/23 - Exemple mutuelle RC

Liée au devis n°38170

Ordonnance : 26/06/2023
Prescripteur : HOSPITAL Jean Roger
Téléphone : 0545978852
FINESS : 16101303 2

Fait à Ribérac, le 08/07/23, par Dominique P

Oeil Droit VL : Sph : +0,00 Cyl : +0,75 (90°) Add :
Oeil Gauche VL : Sph : -0,50 Cyl : +0,75 (60°) Add :
Ecart pupil. VL : VL OD : 30,5 VL OG : 31,0

Désignation	LPP fab	Base	RO	RC	Tx Tva	P.U.HT	P.U.TTC	Qté	Remise	Tot Net TTC
VL - Equipement n°1/1										105,00 €
ATOMO - EKO1756625 - EKO43XL - C02 - 56/17 (1)	7212573	9,00 €	5,40 €	24,60 €	20 %	25,00 €	30,00 €	1		30,00 €
ATOVE - (ATO) Aksess Unif 1.5 Hmc Stock - 70	7270375	11,25 €	6,75 €	30,75 €	20 %	31,25 €	37,50 €	1		37,50 €
ATOVE - (ATO) Aksess Unif 1.5 Hmc Stock - 70	7270375	11,25 €	6,75 €	30,75 €	20 %	31,25 €	37,50 €	1		37,50 €
Total		31,50 €	18,90 €	86,10 €		87,50 €	105,00 €	3		105,00 €

Disponibilité des pièces détachées : (1) 2 ans

Paieement	Date Échéance	Montant
-----------	---------------	---------

Total Brut	105,00 €
Total T.T.C.	105,00 €
T.V.A.	17,50 €
Total H.T.	87,50 €
T.Payant RO	18,90 €
T.Payant RC	86,10 €
Part client	0,00 €
Dû client	0,00 €

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 payants.

Les prix s'entendent en euros TTC. Un acompte de 30% payable à la commande. Le solde à la livraison.

L'ajustage, le rhabillage et le nettoyage de vos lunettes sont gratuits. Concernant les verres progressifs, nous suivons votre adaptation. En cas d'inadaptation nous remplaçons gratuitement vos verres pendant 1 mois suivant la date de livraison de l'équipement.

Détail des Conditions générales de vente et de garanties Atol disponibles en magasin et sur le site www.opticiens-atol.com.

Atol reste tenu de la garantie légale de conformité mentionnée aux articles L.217-4 à L.217-14 du code de la consommation et celle relative aux défauts de la chose vendue, dans les conditions prévues aux articles 1641 à 1648 et 2232 du code civil.

Les informations que vous nous avez fournies feront l'objet, sauf opposition de votre part, d'un enregistrement informatique. Conformément à la loi "informatique et liberté" du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de votre opticien.

Signature :

DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023005713
Valable du 27/06/2023 au 26/07/2023

ATOL OPTICIENS

Z.I. LES CHAUMES

CENTRE COMMERCIALE LECLERC
24600 RIBERAC

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.98.41

Fax : 03.84.97.12.36

E-mail : service.optique@praeconis.fr

Madame, Monsieur,

Vesoul, le 27 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 : THIRY LOIC Né(e) le : 19/11/1997

N° Dossier : H014384 N° S.S. : 1971108409247 03

Code Tiers National : 242600393

Ce devis est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
V.c.A.S ou Neutre Unifocal 1	37.50	11.25	6.75	4.50
PartMut Ver D Faib.Cor R0 1	37.50	11.25		26.25
V.c.A.S ou Neutre Unifocal 1	37.50	11.25	6.75	4.50
PartMut Ver G Faib.Cor R0 1	37.50	11.25		26.25
Monture Adulte Classe A 1	30.00	9.00	5.40	3.60
Monture Opt Faible Cor R0 1	30.00	9.00		21.00
TOTAUX			18.90	86.10

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

8/7/23

Thiry



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire
BINOCLE ATOL C.C.RIBERAC

Domiciliation
SG PERIGUEUX ENTREPRISES (03587)
17 RUE DU PDT WILSON
24000 PERIGUEUX

Référence bancaire

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	03587	00020001805	25

IBAN : **FR76 3000 3035 8700 0200 0180 525**
BIC-ADRESSE SWIFT : **SOGEFRPP**



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire
BINOCLE ATOL C.C.RIBERAC

Domiciliation
SG PERIGUEUX ENTREPRISES (03587)
17 RUE DU PDT WILSON
24000 PERIGUEUX

Référence bancaire

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	03587	00020001805	25

IBAN : **FR76 3000 3035 8700 0200 0180 525**
BIC-ADRESSE SWIFT : **SOGEFRPP**



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire
BINOCLE ATOL C.C.RIBERAC

Domiciliation
SG PERIGUEUX ENTREPRISES (03587)
17 RUE DU PDT WILSON
24000 PERIGUEUX

Référence bancaire

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	03587	00020001805	25

IBAN : **FR76 3000 3035 8700 0200 0180 525**
BIC-ADRESSE SWIFT : **SOGEFRPP**



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire
BINOCLE ATOL C.C.RIBERAC

Domiciliation
SG PERIGUEUX ENTREPRISES (03587)
17 RUE DU PDT WILSON
24000 PERIGUEUX

Référence bancaire

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	03587	00020001805	25

IBAN : **FR76 3000 3035 8700 0200 0180 525**
BIC-ADRESSE SWIFT : **SOGEFRPP**

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 par PASCAL MATHIS DIRECTEUR DE L'HNFC

HOPITAL	CH: L'HOPITAL NORD FRANCHE-CO	MATRICULE: 900000365	N° de Titre	0172609			
	ETBLT: HNFC - SITE DE TREVENANS	MATRICULE: 900003039	Emis et rendu exécutoire le	05/07/23			
	SIRET: 26900129300209	N° IDENTIFIANT TVA: FR72269001293	N° Bordereau	676			
	RENSEIGNEMENTS: RENSEIGNEMENTS: Pour toute information sur votre facturation: SOINS EXTERNES: 8h A 16h - 03 84 98 27 85 HOSPIT.: DE 8h A 16h - 03 84 98 27 81		N° Feuille	1			
			Exercice	2023			
PATIENT	N° ENTREE: 608401130 PFS: T2	SERVICE COLLECTIF 17 JUL. 2023	RDT				
	Nom: CONVERS PHILIPPE						
	Né(e): CONVERS						
	le: 07/03/1953 a: VESOUL						
	Adresse: 36 BIS RUE PASTEUR						
	70290 CHAMPAGNEY						
	ENTREE: 20/04/23 SORTIE: 20/04/23	MMC MUT MEDICO CHIR VESOUL					
	Nom: CONVERS PHILIPPE	6 RUE PAUL MOREL					
	PIECE:	BP 80 283					
	ORG.: 01701000 N°: 153037055002238	70006 VESOUL					
OBS.	RISQ10 MT07						
CONSULTATION DU 20/04/23 AU 20/04/23 Réf. Débit: N108973 PEC:							
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	TVA
200423	CONSULT. DE SPECIALIST CS	1	23 00	0 00	30	6 90	DMT : 154
	MAJ COORD SPECIALISTE MCS	1	5 00	0 00	30	1 50	DMT : 154
	MAJORATION CS MPC	1	2 00	0 00	30	0 60	DMT : 154
	PARCOURS DE SOINS: O						
	MED.: BRILLAND JEAN-MAR C						
							TOTAL TVA
PAIEMENT	CDPF Belfort Ets HOSPITALIERS 1 PLACE DE LA REVOLUTION FRANCAIS B.P. 20099 90002 BELFORT CEDEX Heures d'ouverture de la trésorerie: 08H30-12H/13H30-16H LUNDI,MARDI,JEUDI,VENDREDI FERME LE MERCREDI	RIB: 3000100189D9020000000 83 IBAN: FR553000100189D9020000000083 BIC: BDFEFRPPCCT Téléphone: 0384588000			9.00		TOTAL HT A PAYER

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis	TALON DE PAIEMENT à joindre à votre chèque	MMC MUT MEDICO CHIR VESOUL	A09002
		6 RUE PAUL MOREL	L'HOPITAL NORD FRANC
		70006 VESOUL	*
	Paiement par Internet : Non disponible		€
	Id. Collectivité :		
IDENTIFICATION	Références de la dette : 2023 0172609	CDPF Belfort Ets HOSPITALIERS	
090012	Montant en Euros: 9.00	1 PLACE DE LA REVOLUTION FRANCAIS	
N° entrée : 608401130	N° entrée : 608401130	B.P. 20099	
N° titre : 0172609	étab: 19 HTR - n° codique : 090012	90002 BELFORT CEDEX	
C.H.: 14 ET: 19	Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier		
Exercice: 2023	000000014237		
Montant: Eur	920033000142 18001726096084011300900122969806	900	

MODALITES DE REGLEMENT :

Adresser votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public, au Centre d'Encaissement avec le talon de paiement dans l'enveloppe à fenêtre ci-jointe dûment affranchie.

N'adrezsez aucun autre document au Centre d'Encaissement.

Vous pouvez aussi payer :

- aux guichets de la trésorerie (adresse et horaires au recto), muni du présent avis.:
en numéraire (pour les sommes inférieures à 300 Euros) ou en carte bancaire
- par virement bancaire ou postal établi à l'ordre du Trésor public en indiquant les références bancaires figurant au recto dans le cadre PAIEMENT, et en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titres portées en haut à droite du présent avis.
- En ligne par Internet si l'adresse du site est renseignée sur le talon de paiement du présent avis. Les informations requises au moment du paiement sont mentionnées sous l'adresse Internet.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL

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 aux services de l'établissement désigné au recto du présent acte
- **Réclamations:** si vous avez une réclamation amiable à formuler, adressez-vous aux services de l'établissement désigné au recto du présent acte

* Attention : la contestation amiable ne suspend pas le délai de saisine du tribunal
- **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.

VOIES DE RECOURS:

Dans le délai de deux mois suivant la notification du présent acte (article L1617-5 du code général des collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal administratif compétent

- * Si vous souhaitez être assisté d'un avocat et si vous remplissez les conditions fixées par la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991, vous pouvez bénéficier de l'aide juridictionnelle. Vous devez en formuler la demande auprès du tribunal de grande instance.

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 par PASCAL MATHIS DIRECTEUR DE L'HNFC

HOPITAL	CH: L'HOPITAL NORD FRANCHE-CO	MATRICULE: 900000365	N° de Titre: 0172607				
	ETBLT: HNFC - SITE DE TREVENANS	MATRICULE: 900003039	Emis et rendu exécutoire le: 05/07/23				
	SIRET: 26900129300209	N° IDENTIFIANT TVA: FR72269001293	N° Bordereau: 676				
	RENSEIGNEMENTS: RENSEIGNEMENTS: Pour toute information sur votre facturation: SOINS EXTERNES: 8h A 16h - 03 84 98 27 85 HOSPITAL: DE 8h A 16h - 03 84 98 27 81		N° Feuille: 1				
			Exercice: 2023				
PATIENT	N° ENTREE: 608399170 PFS: T1	SERVICE COORDONNÉ 17 JUL. 2023					
	Nom: CHOFFEL ANNE-MARIE						
	Né(e): GRANDGIRARD						
	le: 22/05/1951 à: ST BARTHELEM						
	Adresse: 90 RUE ROGER SALENGRO						
	70200 LURE						
	ENTREE: 19/04/23 SORTIE: 19/04/23						
ASSURE	Nom: CHOFFEL ANNE-MARIE						
	PIECE: BEN: 01						
	ORG: 01701000 N°: 251057045900552						
OBS.	RISQ10 MT07						
CONSULTATION DU 19/04/23 AU 19/04/23 Réf. Débiteur: 778542852 PEC:							
DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	TVA
190423	CCAM ACTES TECHNIQUES ATM	1	14 26	0 00	30	4 28	DMT : 127
	AVIS PONCT SPECIALIST APC	1	55 00	0 00	30	16 50	DMT : 127
	PARCOURS DE SOINS: O						
	MED.: BOHIN ERIC						
	PARTIE A						
	CONSERVER						
							TOTAL TVA
PAIEMENT	CDFP Belfort Ets HOSPITALIERS		RIB: 3000100189D9020000000 83				TOTAL HT
	1 PLACE DE LA REVOLUTION FRANCAIS		IBAN: FR553000100189D902000000083				
	B.P. 20099		BIC: BDFEPPCCCT				
	90002 BELFORT CEDEX		Téléphone: 0384588000				
	Heures d'ouverture de la trésorerie:						
	08H30-12H/13H30-16H LUNDI,MARDI,JEUDI,VENDREDI						
	FERME LE MERCREDI						
					20.78		A PAYER

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis	TALON DE PAIEMENT à joindre à votre chèque	MMC	MUT MEDICO CHIR	VESOUL	A09002
		6	RUE PAUL MOREL		L'HOPITAL NORD FRANC
		70006	VESOUL		
	Paiement par Internet :				
	Non disponible				
	Id. Collectivité :				
	Références de la dette : 2023 0172607				
	Montant en Euros: 20.78				
	N° entrée : 608399170				
	étab: 19 HTR - n° codique : 090012				
	Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier				
IDENTIFICATION					
090012					
N° entrée :					
608399170					
N° titre :					
0172607					
C.H.: 14 ET: 19					
Exercice :	2023				
Montant : Eur					
20.78					
	000000014237				
	920033000142 21001726076083991700900122972806				
	2078				

MODALITES DE REGLEMENT :

Adresser votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public, au Centre d'Encaissement avec le talon de paiement dans l'enveloppe à fenêtre ci-jointe dûment affranchie.

N'adressez aucun autre document au Centre d'Encaissement.

Vous pouvez aussi payer :

- aux guichets de la trésorerie (adresse et horaires au recto), muni du présent avis. :
en numéraire (pour les sommes inférieures à 300 Euros) ou en carte bancaire
- par virement bancaire ou postal établi à l'ordre du Trésor public en indiquant les références bancaires figurant au recto dans le cadre PAIEMENT, et en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titres portées en haut à droite du présent avis.
- En ligne par Internet si l'adresse du site est renseignée sur le talon de paiement du présent avis. Les informations requises au moment du paiement sont mentionnées sous l'adresse Internet.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL**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 aux services de l'établissement désigné au recto du présent acte
- **Réclamations:** si vous avez une réclamation amiable à formuler, adressez-vous aux services de l'établissement désigné au recto du présent acte

* Attention : la contestation amiable ne suspend pas le délai de saisine du tribunal
- **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.

VOIES DE RECOURS:

Dans le délai de deux mois suivant la notification du présent acte (article L1617-5 du code général des collectivités territoriales), vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant directement le tribunal administratif compétent

- * Si vous souhaitez être assisté d'un avocat et si vous remplissez les conditions fixées par la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991, vous pouvez bénéficier de l'aide juridictionnelle. Vous devez en formuler la demande auprès du tribunal de grande instance.