

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

[illegible]

SERVICE COMPTON
17 JUL. 2023

Transfert provisoire - N° finess établissement 1		N° finess établissement 2		(*) : Autre AMC	
Mandataire(s) N°		Mandataire(s) N°		Mandataire(s) N°	
B		B		B	
Centre CCP ou Banque	Guichet	Centre CCP ou Banque	Guichet	Centre CCP ou Banque	Guichet
Compte	Clé	Compte	Clé	Compte	Clé
Montant facturé par le praticien					
N°	N°	N°	N°	N°	N°
Montant total en euros (1+2+3) 3 765,59				Rappel du numéro de facture : 000219956	

L'émission du présent bordereau atteste du renseignement de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.

185, rue Raymond Losserand
75014 PARIS
www.hpsj.fr 01 44 12 33 33
N° FINES : 750000523
SIRET : 77568299000038

Finess Etablissement : 750000523

FACTURE D'HOSPITALISATION

SERVICE COLLOIDIEN LE
17 JUL. 2023

MUTUELLE MEDICO CHIR - MMC - PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL

70006 VESOUL

Référence à rappeler

N° IPP / N° Séjour : **100242888 / 123310203**
Nom / Prénom : **IRANDOUST MASOUMEH**
Date de naissance : **23/12/1934**
Période séjour : **du 28/06/2023 au 07/07/2023**
N° SS : **2 34 12 99 204 159 47**
N° Adhérent :
Débiteur 1 : **7000000002 MUTUELLE MEDICO CHIR - MMC - PRAECONIS**
Organisme d'affil. : **019210000 NANTERRE**
Parcours de soins :

Facture N° **230522088**Période séjour : **du 28/06/2023 au 07/07/2023**DMT : **216**Activ : **03**

Désignation	Dates Début Fin	Tarif	Taux AMO	Tarif Payeur	Nbre	A votre charge
CPC - CHAMBRE PARTICULIERE	28/06/2023 07/07/2023	50.00	0	50.00	10.00	500.00
FJA - FORFAIT JOURNALIER DE SORTIE A LA CHARGE DE L'ASSURE	07/07/2023 07/07/2023	20.00	0	20.00	1.00	20.00
FJC - FORFAIT JOURNALIER SEUL (DU PAR UN ORGANISME	28/06/2023 06/07/2023	20.00	0	20.00	9.00	180.00

	Total à payer Somme perçue Reste à payer	Euros
		700.00 0.00 700.00

Reste à payer : **SEPT CENTS EUROS**Facturé le : **07/07/2023**N°IPP : **100242888 IRANDOUST, MASOUMEH**Facture : **230522088**Montant : **700.00** Euros

Pour votre règlement :

- ou - Payer en ligne sur le site de l'hôpital www.hpsj.fr
- ou - Payer par Télépaiement au 01.44.12.31.67
- ou - Payer par virement IBAN : FR76 3000 4002 7400 0110 5753 458 - BIC : BNPAFRPPAA
- ou - Coupon à joindre avec le chèque à l'ordre GHPSJ

GROUPE HOSPITALIER PARIS SAINT JOSEPH
185, rue Raymond Losserand
75014 PARIS
N° FINESS : 750150120

Numéro de Relevé : 2300024315
Date d'envoi : 11/07/2023
Pour la période : 28/06/2023 - 07/07/2023
Regroupement :

7000000002

MUTUELLE MEDICO CHIR - MMC -
PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
70006 VESOUL

Facture	IPP	Nom et Prénom du patient	Date naiss	N° SS	Période de facturation	Somme due
230522088	100242888	IRANDOUST, MASOUMEH	23/12/1934	234129920415947	28/06/2023 07/07/2023	700,00

Total relevé 700,00 Euros
Total factures 1

SERVICE COURRIER LE
.17 JUL. 2023

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS BORDEREAU DE FACTURATION DESTINÉ À L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Numéro de feuillet : 1 / 2

Date de la facture AMC : 20/06/2023

Identification de l'organisme complémentaire	Code MMC 70	Adresse 6 Rue Paul Morel BP 80283 70006 VESOUL CEDEX	Téléphone : 03.84.75.19.20 Fax : 03.84.75.20.21
MMC PRAECONIS VESOUL			

Identification de l'établissement POLYCLINIQUE LA LIGNE BLEUE 9 AVENUE DU ROSE POIRIER CS 31079 88060 EPINAL CEDEX 9	N° FINESS 880788591 Téléphone : 03 29 68 60 60 Fax : 03 29 68 60 44	CODE CATÉGORIE 365	Références à rappeler Clé facture C N° de lot N° facture 361599 N° d'entrée 230014631 N° PEC AMC	Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>
Domiciliation bancaire de l'établissement SOGECLER LIGNE BLEUE IBAN : FR7614707000203172118580465 BIC : CCBPFRPPMTZ				

Le bénéficiaire des soins		L'assuré(e) titulaire du contrat AMC		
Nom de naissance et prénom(s) MAIRE Simone (DEMANGEON) suivis s'il y a lieu du nom d'usage		Nom de naissance et prénom(s) suivis s'il y a lieu du nom d'usage		
N° d'immatriculation et clé 2350488391002 49 Code organisme de rattachement 018810000 Date et rang de naissance 22/04/35 - 1 N° centre gestionnaire 0685 Date début hospitalisation 18/06/2023 Entrée le 18/06/2023 Sortie le 20/06/2023	N° d'immatriculation et clé 2350488391002 49 Adresse 48 Rue Des Jardins 88460 LE ROULIER		N° contrat/adhérent(e) N111749 F / 23504883	

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers. Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, date
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	DMT	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'assuré(e)
					Du	Au						Taux	Montant		
S			M	GHS	18/06/2023	20/06/2023	1861.81	1	1.00	1861.81	1861.81	100	1821.81		
			M	FJ	18/06/2023	19/06/2023	20.00	2	1.00					40.00	
			M	FJA	20/06/2023	20/06/2023	20.00	1	1.00	20.00	20.00			20.00	
			M	CPC	18/06/2023	20/06/2023	60.00	3	1.00	180.00				180.00	
			M	TELEV	18/06/2023	20/06/2023	8.00	2	1.00	16.00					16.00
			M	TELEP	18/06/2023	20/06/2023	18.60	1	1.00	18.60					18.60
Sous-total 1										2096.41	1881.81		1821.81	240.00	34.60

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	N° identification du 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'assuré(e)
											Taux	Montant		
			M	Pil	881002372	19/06/2023	650.00	1.00	650.00	650.00	100	650.00		
Sous-total 2										650.00		650.00		
Sous-total 1+2										2746.41	2531.81	2471.81	240.00	34.60

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

Transfert N° de case	N° identification prescripteur	Spécialité	N° identification de l'exécutant	Spécialité	Zone tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Eléments de tarification		Quantité ou coefficient ou dénominateur	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
												Modifi- cateurs	Code remb. except.						Taux	Montant		
1			881002372	48	0		19/06/2023		ATM		501.60			1.00		634.52		634.52	100	634.52		
1			881002372	48	0		19/06/2023		ADI		79.80			1.00		79.80		79.80	100	79.80		
2			881700835	02	0		19/06/2023		ADA		141.08			1.00		164.08		164.08	100	164.08		
Sous-total 3																878.40		878.40		878.40		

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ①

N° FINESS établissement ②

MANDATAIRE(S)	N°	MANDATAIRE(S)	N°	MANDATAIRE(S)	N°

Montant facturé par le praticien.

n° 1	n° 2	n° 3	n° 4	n° 5	n° 6	n° 7
DEVECIOGLU Muhamet	ZELER Claude					
IBAN : FR7614707004013152128050875	IBAN : FR7611899002030002000734510					
BIC :	BIC :					
ADELI 881002372	ADELI 881700835	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI
€ 0.00	€ 0.00	€	€	€	€	€

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

240.00 €

Rappel du numéro de facture 361599



MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION CHIRURGICALE N° 0123003797

Valable du 18/06/2023 au 27/06/2023

CONTACT : Gestion Prestations 1
Ligne Directe : 03.84.75.19.20
Fax : 03.84.75.20.21
E-mail : : prestations@mutuelle-mmc.com

POLYCLINIQUE LA LIGNE BLEUE

**9 AV ROSE POIRIER
BP 1079
88060 EPINAL CEDEX 09**

Vesoul, le 19 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 : **DEMANGEON SIMONE** Né(e) le : **22/04/1935**
N° Dossier : **N111749** N° S.S. : **2350488391002 49**

Code Tiers National : **880788591**
Date d'entrée : **18/06/2023**

HOSPITALISATION CHIRURGICALE
DMT : 181 Chirurgie Générale et Spécialités Chirurgicales

Libellé Prestation	Durée En jours	Remboursement mutuelle
Frais de Séjour		Ticket Modérateur
Honoraires		Ticket Modérateur
Participation Forfaitaire		OUI
Forfait Journalier	10	20.00
Chamb.avec hébergement SC	10	60.00

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

De: "Relation Client Praeconis"
Date: lundi 17 juillet 2023 11:03
A: "Service Prestations Praeconis" <service.prestations@praeconis.fr>
Objet: TR: LEPAROUX FRANCOISE // DECOMPTE
Pièces jointes: RemboursementSoins10072023.pdf

Bonjour,

Transfert pour traitement. Vous remerciant par avance.

Vous en souhaitant bonne réception.
Bien cordialement.



Salma | Centre Relation Client - BtoB

relation.client@praeconis.fr | 03.68.93.01.68 | www.praeconis.fr

Praeconis 11, rue La Fayette 75009 PARIS



Contre les accidents graves du quotidien, optez pour la
Protection des accidents de la vie courante !

- ✓ Un versement de **80 000 €** en cas de décès ou d'invalidité
- ✓ **Aucun** questionnaire médical
- ✓ **Service d'assistance** inclus

À PARTIR DE 9,35€ par mois

EN SAVOIR +

PS : si cet email vous est adressé pendant vos périodes de repos, de congés ou de week-end, vous ne devez en prendre connaissance et y travailler qu'à votre retour en temps travaillé.

De : Nicolas Bertier <nicolas.bertier@compareo.com>
Envoyé : lundi 17 juillet 2023 10:51
À : Relation Client Praeconis <relation.client@praeconis.fr>
Cc : Relation Client Praeconis <relation.client@praeconis.fr>
Objet : LEPAROUX FRANCOISE // DECOMPTE

BONJOUR

ci-joint le decompte de notre cliente pour traitement

Je reste à votre disposition pour toute question complémentaire

*Cordialement
Nicolas bertier*

Tel : 0175431047
Fax : 0175431041



© 2022 COMPAREO - VITAL ASSURANCES - SAS au capital de 50000 € - 149 av du Maine 75014 PARIS.
RCS PARIS 453 454 654 -APE 672Z - Garantie Financière et Assurance de Responsabilité civile professionnelle
conforme aux ArtL530-1 et L530-2 du code des Assurances



assuré social LEPAROUX FRANCOISE

n° de Sécurité Sociale 2 50 11 14 437 103 40

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli
ou l'application ameli pour smartphone

CPAM du CALVADOS 108, boulevard Jean Moulin - CS 10001
14031 CAEN CEDEX 09

MME. LEPAROUX FRANCOISE
105 AV DE LA REDOUTE
14150 OUISTREHAM

Voici le détail des versements vous concernant pour un paiement du 10/07/2023

Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte. Ces informations n'ont pas été transmises à un organisme complémentaire. Si vous en avez un, pensez à lui envoyer ce relevé et conserver une copie.

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour FRANCOISE né(e) le 09/11/1950 maladie réf 1231 2318840009708				
05/07/2023	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT CS GENERALISTE Sect1 (GS + PC) participation forfaitaire (PFH) maladie réf 1081 2319180005162	25,00	25,00	70 %	17,50 -1,00
	A noter : Pour les prestations figurant ci-après vous n'avez pas réglé directement votre professionnel, les participations forfaitaires, les franchises ou les majorations hors parcours coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.				
15/06/2023	PHARMACIE pour FRANCOISE né(e) le 09/11/50		(2305947198)		-1,00
22/06/2023	PHARMACIE pour FRANCOISE né(e) le 09/11/50		(2306143401)		-2,00
05/07/2023	PHARMACIE pour FRANCOISE né(e) le 09/11/50		(2306497723)		-3,50
	le 10/07/2023 : 10,00 euro(s)				

De: "Relations Partenaires Praeconis"
Date: lundi 17 juillet 2023 08:55
A: "Sandrine BELLET" <s.bellet@alliancemutualiste.fr>
Objet: TR: Elements mise à jour dossier Mr CAPON N156913
Pièces jointes: AttestationDroits (1).pdf, DetailDesPaiementamelis.pdf, DetailDesPaiementsameli2.pdf

De : gerard capon <gerard.capon@yahoo.com>
Envoyé : samedi 15 juillet 2023 16:05
À : Relations Partenaires Praeconis <relations.partenaires@praeconis.fr>; Adhesion (PRAECONIS) <adhesion@praeconis.fr>
Objet : Elements mise à jour dossier Mr CAPON N156913

Bonjour,

Veillez trouver ci-joint les éléments nécessaires à régulariser mon compte, attestation Ameli ainsi que les relevés sécu pour procéder à mes remboursements.

Cordialement,

CAPON Gérard
07.78.38.07.00