

Référence	N° d'identification du praticien	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Prix unitaire	Elément de tarification	Modificateur	Code remb. excep.	Honoraires facturés	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	
													Taux	Montant			
S 1	901009050	02	24	01	04/07/23	ADA	60.85	A	X	1.00	83.85	83.85	100.00	83.85		200.00	
S 2	901010918	16	35	02	04/07/23	ADC	69.92	J	X	1.00	274.46	DE	74.46	100.00	74.46		

Sous-total 3 [ 358.31 ] [ 158.31 ] [ 158.31 ] [ 0.00 ] [ 200.00 ]

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S) B° SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE SOCIETE GENERALE Centre CCP ou banque 30003 Compte 00020123815		N° _____	MANDATAIRE(S) B° Centre CCP ou banque Compte		N° _____	MANDATAIRE(S) B° Centre CCP ou banque Compte	
Montant facturé par le praticien.							
N°1 SUSSMUTH MICKAEL ADELI 901009050 € 0.00	N°2 HOCSMAN BARTFELD HUGO ADELI 901010918 € 0.00	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 737.74 €				Rappel du numéro de facture 230819401			

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

B° : Banque



MMC  
6 rue Paul MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX

SERVICE COURRIER LÉ 4/5 8194  
17 JUIL. 2023

**PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION CHIRURGICALE N° 0123004222**  
Valable du 04/07/2023 au 13/07/2023

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

**CLINIQUE DE LA MIOTTE**  
**AV DE LA MIOTTE**  
**90000 BELFORT**

Madame, Monsieur,

Vesoul, le 4 juillet 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 : GHERIBI ILYES Né(e) le :19/08/2019  
N° Dossier : N165912 N° S.S. : 2831125056098 55

Code Tiers National : 900000035  
Date d'entrée : 04/07/2023

**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	1	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

**PEC HOSPITALISATION READA. FONCTIONNELLE N° 0423000820**  
Valable du 03/07/2023 au 12/07/2023

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

**CRF CHAMPS ELYSEE**  
**5 RUE DE LA CLAIRIERE**  
**91000 EVRY**

Madame, Monsieur,

Vesoul, le 4 juillet 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 :** MABROUK ZOHRA Né(e) le : 31/12/1945  
**N° Dossier :** N072330    **N° S.S. :** 2455799350487 79

**Code Tiers National :** 910009919  
**Date d'entrée :** 03/07/2023

**HOSPI. READA. FONCTIONNELLE**  
DMT : 179 Rééducation Fonctionnelle Réadaptation  
Neurologique

Libellé Prestation	Durée En jours	Remboursement mutuelle
Frais de Séjour		Ticket Modérateur
Honoraires		Ticket Modérateur
Participation Forfaitaire		OUI
Forfait Journalier	30	20.00
Chamb.avec hébergement SC	30	30.00

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 règlementation 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

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS

## BORDEREAU DE FACTURATION DESTINÉ À L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Date de la facture AMC : 11/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire  
PRAECONIS

Code PRAEC70V01

Adresse  
6 RUE PAUL MOREL 70006 VESOUL CEDEX

Identification de l'établissement 910009919  
CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE CHAMPS-ELYSEES  
CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE, CHAMPS-ELYSEES - ALMAVIVA  
SANTE  
5 rue de la clairière

Domiciliation bancaire de l'établissement CEPAC

IBAN FR76 1131 5000 0108 0089 1543 745 Banque 11315 Guichet 00001 Compte 08008915437 Clé 45

CODE CATEGORIE	Coefficient MCO 1,0000	Références à rappeler Clé facture C	Signature de l'assuré(e)
	Coefficient HAD 1,0000	N° de lot	
Bic CEPACFRPP13		N° Facture 230700364	
		N° d'entrée N1323000805	Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>
		N° Feuillet 1/1	

Le bénéficiaire des soins

Nom : BOUSSEHAIB Zohra  
Nom usuel : MABROUK

L'assuré(e) titulaire du contrat AMC

Nom : BOUSSEHAIB Zohra  
Nom usuel : MABROUK

N° d'immatriculation et clé 2 45 57 99 350 487 79

Code organisme de rattachement 01911 Date et rang de naissance 31/12/1945 1

N° centre gestionnaire 01 911 000 Date début hospitalisation

Entrée le 03/07/2023 09:25 Sortie le

N° d'immatriculation et clé

27 BOULEVARD AGUADO  
91000 EVRY COURCOURONNES

N° contrat/adhérent(e)

SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2023

## Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie  Accident causé par un tiersMaternité  AT MP 

Exonération forfait journalier

Non  Oui 

Si oui, date

Non  Oui Régime Alsace Moselle 

## Frais de structure et de soins

Transfert	Mode de paiement	DAT	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			
P	03	179	ENT	03/07/23	03/07/23	61,25	1	1	55,13	61,25	100	55,13				
		179	PJ	03/07/23	08/07/23	336,04	6	1	1694,62	2016,24	100	1694,62				
		179	FJ	03/07/23	08/07/23	20,00	6	1	120,00					120,00		
		179	XTR	07/07/23	07/07/23	8,00	2	1	16,00	16,00					16,00	

Sous-total 1 1885,75 2093,49 1749,75 120,00 16,00

## Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de paiement	DAT	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			

Sous total 2  
Sous total 1+2 1885,75 2093,49 1749,75 120,00 16,00  
Le 11/07/2023 10:14 (anpong)

Identification de l'établissement	N° FINESS 310026927	CODE	Références à rappeler	Signature
CAPIO CROIX DU SUD		CATEGORIE	Clé facture C	de l'assuré(e)
52 CHEMIN DE RIBAUTE		365	N° de lot	
31130 QUINT FONSEGRIVES			N° de facture 000390618	
Domiciliation bancaire de l'établissement LCL	IBAN FR65 3000 2022 7300 0007 0476 Y92 BIC CRLYFRPPXXX		N° d'entrée 23033000.00	Absence de signature
			N° PEC AMC	
			N° feuillet 1 / 2	

Le bénéficiaire des soins	L'assuré(e) titulaire du contrat AMC
Nom de naissance et prénom(s) GAVA ROLANDE (BOUCHE)	Nom de naissance et prénom(s) GAVA ROLANDE (BOUCHE)
suivi s'il y a lieu du nom d'usage	suivi s'il y a lieu du nom d'usage
N° d'immatriculation et clé 2491231538006 11	N° d'immatriculation et clé
Code organisme de rattachement 01 311 Date et rang de naissance 19/12/1949-1	adresse 25 CHEMIN MARIAL
N° centre gestionnaire	Date début hospitalisation 29/06/2023
Entrée le 29/06/2023 07	Sortie le 29/06/2023 19

#### Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

#### Frais de structure et de soins

## Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

### Sous-total 2

Sous-total 1+2

SERVICE COURRIER LE  
11.7 JUIL. 2023

Sous-total 3 | 259,28 | | 259,28 | | 259,28

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1

N° FINESS établissement 2

MANDATAIRE(S)	N°	MANDATAIRE(S)	N°	MANDATAIRE(S)	N°
Banque CREDIT MUTUEL	123	Banque		Banque	
IBAN FR76 1027 8022 9100 0202 9710 197		IBAN		IBAN	
BIC CMCIFR2A		BIC		BIC	

**Montant facturé par le praticien**

Nº 1	243	Nº 2	334	Nº 3	3726	Nº		Nº	Nº
DR FERRANDERY SDF HYPNOSE BOUTA			DR PALASSE SOPATH						
MAXIME		NAJIMA		JULIEN					
ADELI 311026629		ADELI 311079883		ADELI 311704043		ADELI		ADELI	ADELI
Euros		Euros		Euros		Euros		Euros	Euros

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 657,79 | Rappel du numéro de la facture C 000390618 | Rappel du numéro d'entrée 23033000.00

<b>Praeconis</b> COURTIER GROSISSTE MUTUALISTE		6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL Tél.: 03 84 97 12 39	Télétransmission Hors SéSAM-Vitale Code télétransmission 70M000854	Période de validité: DU: 01/01/2023 AU: 31/12/2023 N° AMC : 778542852 N° Adhérent : N152712 Typ Conv : OC, CSR																														
<b>BÉNÉFICIAIRES : NOM / PRÉNOM</b> QUALITÉ / DATE DE NAUSSANCE / N° SÉCURITÉ SOCIALE / RÉGIME / PRODUIT		<b>GARANTIES OUVRANT DROIT AU TIERS PAYANT RÉGIME OBLIGATOIRE INCLUS*</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>HOSP</th> <th>LARA</th> <th>PHAR</th> <th>COSL</th> <th>EXTE</th> <th>AUXM</th> <th>TRAN</th> <th>OPAU</th> <th>DENT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1)</td> <td>OUI</td> <td>(2)</td> <td>OUI</td> <td>OUI</td> <td>OUI</td> <td>OUI</td> <td>(1)</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>(1)</td> <td>OUI</td> <td>(2)</td> <td>OUI</td> <td>OUI</td> <td>OUI</td> <td>OUI</td> <td>(1)</td> <td>(1)</td> </tr> </tbody> </table>						HOSP	LARA	PHAR	COSL	EXTE	AUXM	TRAN	OPAU	DENT	(1)	OUI	(2)	OUI	OUI	OUI	OUI	(1)	(1)	(1)	OUI	(2)	OUI	OUI	OUI	OUI	(1)	(1)
HOSP	LARA	PHAR	COSL	EXTE	AUXM	TRAN	OPAU	DENT																										
(1)	OUI	(2)	OUI	OUI	OUI	OUI	(1)	(1)																										
(1)	OUI	(2)	OUI	OUI	OUI	OUI	(1)	(1)																										
BOUCHE ROLANDE A 19/12/1949 2491231538006 11 AS CIH3  BOUCHE JEAN CLAUDE A 03/07/1946 1460731454022 13 AS CIH3																																		
(1) Sous réserve de la délivrance d'une prise en charge (2) Vignettes 15% prises en charge R: Contrat Responsable																																		
Téléconsultation incluse 24h/24 7j/7 - second avis médical : 01 55 92 24 41 Accédez à votre espace adhérent sur <a href="http://mawebmutuelle.fr">mawebmutuelle.fr</a>																																		
* LES TAUX S'APPLIQUENT À LA HAUTEUR DES RESPONSABILITÉS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE																																		
<a href="http://www.praeconis.fr">www.praeconis.fr</a>																																		

**SERVICE COURRIER**  
17 JUIL. 2023



#### 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

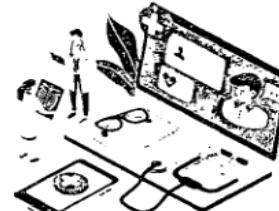
Période de validité : Elle est indiquée au haut et à droite du recto, sauf exception pour la date de début, mentionnée sous la forme mois-année (MMAA), dans la colonne de la garantie concernée, au dessus du taux correspondant.

[www.praeconis.fr](http://www.praeconis.fr)

**Praeconis**  
COURTIER GROSISSTE MUTUALISTE

Mon Espace Adhérent  
[mawebmutuelle.fr](http://mawebmutuelle.fr)

## Carte Tiers Payant



PRAECONIS  
6 Rue Paul Morel  
70000, Vesoul

SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2023

Montargis, le mercredi 12 juillet 2023

**FACTURE REGIME COMPLEMENTAIRE N°000003035**

**NUMERO AMC :**

**NOM-PRENOM DU PATIENT :** MATIGNON JACQUES

**NE(E) LE :** 01/05/1954 (Rang 1)

**NUMERO DE SECURITE SOCIALE :** 154057504800525

**DATE DE L'EXAMEN :** lundi 12 décembre 2022

**EXAMEN PRATIQUE PAR :** Docteur BESSIS Laurent

CODE CCAM	MODIFICATEUR	CODE REGROUPEMENT	MONTANT
EDQM001		ADE	69.93€
<b>DEPASSEMENT D'HONORAIRES</b>			0.00€
<b>FORFAIT TECHNIQUES (REMBOURSEMENT 100% RO)</b>			0.00€
<b>MONTANT TOTAL DES EXAMENS</b>			69.93€
 <b>PART REGIME OBLIGATOIRE</b>			48.95€
<b>PART REGIME COMPLEMENTAIRE</b>			20.98€
<b>MONTANT REGLE PAR LE PATIENT</b>			0.00€

Docteur BESSIS Laurent / Adeli : 451700819

**CONTACT SERVICE FACTURATION :** Céline PINCETRE - 658C, Rue des Bourgoins - 45200 AMILLY

**TEL :** 02 34 05 30 17 / [c.pincetre@imega.fr](mailto:c.pincetre@imega.fr)

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

Date de la facture AMC : 10/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire PRAECONIS	Code PRAEC70V01	Adresse 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX
---	-----------------	---

Identification de l'établissement Hôpital Privé le Bois 44 AVENUE MARX DORMOY, BP 44 59003 LILLE	N° ERESS 590780268  CODE CATÉGORIE 365	Coefficient MCO 0,9687  Coefficient HAD 0,9687	Références à rappeler Clé facture C N° de lot N° Facture 230701549	Signature de l'assuré(e)
---	--	--	---	--------------------------

Domiciliation bancaire de l'établissement PARIS ETOILE ENTREPRISE IBAN FR76 3000 3031 7500 0203 8552 921 Banque 30003 Guichet 03175 Compte 00020385529 Clé 21	Bic SOGEFRPP	N° d'entrée 112335564 N° Feuillet 1/2	Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>
--	--------------	--	--

Le bénéficiaire des soins Nom de naissance et prénom(s) LEROY MARTINE Nom usuel : LENOIR suivi s'il y a lieu du nom d'usage	L'assuré(e) titulaire du contrat AMC (à remplir si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e)) Nom de naissance et prénom(s) LEROY MARTINE Nom usuel : LENOIR suivi s'il y a lieu du nom d'usage
--	--

N° d'immatriculation et clé 2 54 03 59 540 034 39 Code organisme de rattachement 01594 N° centre gestionnaire 01 594 000 Entrée le 06/07/2023 14:15	Date et rang de naissance 04/03/1954 1 Adresse 4 RUE HERCULE RENE ENIZANT 59160 CAPINGHEM	N° contrat/adhérent(e) LE 17 JUIL. 2023
--	---	---

## Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, date	
Maternité <input type="checkbox"/>	AT/MP <input type="checkbox"/>	Exonération forfait journalier <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>

Transfert	Mode de traitement	DNT	DCS	Prestations	Période	Du	Au	Prix unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire	Taux	Montant	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
S 23	181	M	GHS			06/07/23	06/07/23	411,39	1	1	374,51	398,51	100	374,51			
	23	181	PAT			06/07/23	06/07/23	24,00	1	1	24,00						24,00
	23	181	CPC			06/07/23	06/07/23	60,00	1	1	60,00	60,00					60,00
											Sous-total 1	458,51	458,51	374,51	84,00		

## Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DNT	DCS	Prestations	N° Identification du prescripteur	Date d'implantation	Prix unitaire/ tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire	Taux	Montant	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	

## Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

Rappel du numéro de facture : 230701549 Feuillet 2/2

Transfert N° de cas	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 dorénavant	Eléments de tarification	Prix unitaire	Quantité ou coefficients ou dénomination	Coefficient associatif	Honoraires facturés	Dépasserment	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
																	Taux	Montant		
1	591833769	08 35 3	06/07/23	ATM								153,60		1	1	229,79	153,60	100	153,60	76,19
2	591759485	02 34 3	06/07/23	ADA								49,85		1	1	103,85	49,85	100	49,85	54,00
1	591833769	08 35 3	06/07/23	ATM								96,00		1	0,5	71,81	48,00	100	48,00	23,81
2	591759485	02 34 3	06/07/23	ADA								48,00		1	0,5	50,00	24,00	100	24,00	26,00

SERVICE COURRIER LE  
17 JUIL. 2023

Sous-total 3 455,45 275,45 275,45 180,00

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ①			N° FINESS établissement ②					
MANDATAIRE(S)		N°	MANDATAIRE(S)		N°	MANDATAIRE(S)		N°
Domiciliation	Xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx		Domiciliation			Domiciliation		
RIB	XXXXXX XXXXX XXXXXXXXXX XX		RIB			RIB		
IBAN		BIC	IBAN		BIC	IBAN		BIC
Montant facturé par le praticien.								
n°1 LESAGE Xavier	n°2 CHATELAIN Guillaume	n°3	n°4	n°5	n°6	n°7		
ADELI 591833769	ADELI 591759485	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI		
€ 301,60	€ 153,85	€	€	€	€	€		
<b>MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)</b>			<b>913,96 €</b>	L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire <input checked="" type="checkbox"/>			L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire <input type="checkbox"/>	