

**De:** "Krys Dijon - Toison d'Or, Magasin" <dijon-toisondor@krys.com>  
**Date:** jeudi 13 juillet 2023 11:39  
**A:** "Service Optique MMC" <serviceoptique@mutuelle-mmc.com>  
**Objet:** Facture à régler - Tamimount KARROUM

Bonjour,

Veuillez trouver ci-joints les documents pour procéder au règlement de la facture s'il vous plaît.

Merci par avance,

Bien cordialement,

Manon D

--

Opticien  
Krys Toison d'Or  
21000 Dijon  
0380701002  
[dijon-toisondor@krys.com](mailto:dijon-toisondor@krys.com)

**OPHTAVALMY**  
**Centre Ophthalmologique DIJON-VALMY**  
www.ophtavalmy.fr

**DOCTEUR G. ASSAD-MEILLON**

Ophtalmologiste libéral et Praticien attaché au CHU Dijon  
Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de Dijon  
DIU de Chirurgie Réfractive et de la Cataracte  
DIU de Pathologies et Chirurgies de l'Orbite, des Paupières et des Voies lacrymales  
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX  
Conventionné – secteur II  
21 1 01089 7 / RPPS 10100959542

**Mme Tamimount KARROUM**

Le 19/06/2023

**ORDONNANCE DE LUNETTES**

Une paire de lunettes avec monture

**Oeil droit:**

Vision de loin: +0.50 (-0.25) 75°

Vision de près:

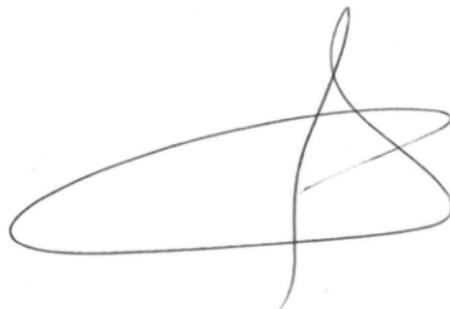
**Addition: +2.50**

**Oeil gauche:**

Vision de loin: +0.50 (-0.25) 100°

Vision de près:

**Addition: +2.50**



Prise de **rendez-vous** au 03.80.79.32.15  
ou sur internet : **www.doctolib.fr**  
Parc Valmy - 9 Rue Jeanne Barret 21000 DIJON



**MMC**  
**6 rue Paul MOREL**  
**BP 80283**  
**70006 VESOUL CEDEX**

**DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023005631**  
Valable du 23/06/2023 au 22/07/2023

**KRYS TOISON D'OR**

**CCAL La Toison d'Or**

**44 GRAND MAIL  
21000 DIJON**

**CONTACT**

Ligne Directe : **03.84.75.98.41**  
Fax :**03.84.97.12.36**  
E-mail : [serviceoptique@mutuelle-mmc.com](mailto:serviceoptique@mutuelle-mmc.com)

Madame, Monsieur,

Vesoul, le 23 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 : **KARROUM TAMIMOUNT** Né(e) le :**02/02/1970**

N° Dossier : **N073451**    N° S.S. : **2700299350692 97**

Code Tiers National : **212695134**

Ce devis est établi en **euros**

| <b>Libellé<br/>Prestation</b> | <b>Frais réels</b> | <b>Base<br/>Régime<br/>Obligatoire</b> | <b>Remboursement<br/>Régime<br/>Obligatoire</b> | <b>Remboursement<br/>Mutuelle</b> |
|-------------------------------|--------------------|--|---|-----------------------------------|
| PartMut Ver D Fort.Cor R0 1   | 90.00              | 27.00                                  | 27.00   | 63.00                             |
| PartMut Ver G Fort.Cor R0 1   | 90.00              | 27.00                                  | 27.00   | 63.00                             |
| Monture Opt Forte Cor CR 1    | 99.00              | 0.05                                   | 0.05  | 98.95                             |
| <b>TOTAUX</b>                 |                    |  | <b>54.05</b>                                    | <b>224.95</b>                     |

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

23/06/23                      K

SERVICE PRESTATIONS

# Facture subrogatoire RC

## MMC (Mutuelle Médico Chirurgicale)

Votre opticien  
s'engage

Qualité de service certifiée  
AFNOR Certification



### Krys Dijon - Toison d'Or

SARL OPTIQUE TOISON D'OR KRYST  
Centre Cial. TOISON D'OR  
Route de Langres  
21000 DIJON (France)

Tél : 03 80 70 10 02 Fax : 03 80 70 10 03

Email : dijon-toisondor@krys.com

N° Finess : 212695134

Code NAF : 4778A

N° FS 31116

Facture de vente n° 303450

KARROUM - Tamimount - 21120 - IS SUR TILLE

Date de facturation 06/07/2023

Date de livraison 06/07/2023 11:40:52

Référence accord PEC 0

Date accord PEC 23/06/2023

N° traçabilité : 480150890001

### MMC (Mutuelle Médico Chirurgicale)

6 Rue Paul Morel  
CS 80283  
70006 VESOUL CEDEX

Tél: 0384759841 Fax: 0384971236

#### Assuré

#### Bénéficiaire

|                     |                           |
|---------------------|---------------------------|
| Idem                | MME TAMIMOUNT KARROUM     |
| N° SS               | 2700299350692 97          |
| RO                  | Date naissance 02/02/1970 |
| Centre SS           | Rang 1                    |
| CPAM 21 - Côte d'Or |                           |
| 01 - 211 - 0000     |                           |

Ordonnance du 19/06/2023

Ophtalmologiste: ASSAD-MEILLON GHISLAIN N° 211010897

| DESIGNATION<br>(Nbre lignes : 5)                | CODE LPP /<br>Regroup. | QTE | P.U. HT<br>(en €) | BRUT TTC<br>(en €) | HT<br>(en €) | NET<br>(en €) | TVA<br>(en %) | BASE<br>100%<br>(en €) | Taux<br>Remb. | *PART<br>RO<br>(en €) | PART RC<br>(en €) |
|---|------------------------|-----|-------------------|--------------------|--------------|---------------|---------------|------------------------|---------------|-----------------------|-------------------|
| Signature Krys - Melle MI2206 216 Or Rose-51/20 | 2264861 /<br>M03       | 1   | 82,50             | 99,00              | 82,50        | 99,00         | 20,00         | 0,05                   | 100%          | 0,05                  | 98,95             |
| OD - VITALE PROGRESSIF 15 SAR Ø 70 - Codir      | 2209342 /<br>V03       | 1   | 75,00             | 90,00              | 75,00        | 90,00         | 20,00         | 27,00                  | 100%          | 27,00                 | 63,00             |
| SAR   | Non Remb.              | 1   | 0,00              | 0,00               | 0,00         | 0,00          | 0,00          |                        |               | 0,00                  | 0,00              |
| OG - VITALE PROGRESSIF 15 SAR Ø 70 - Codir      | 2209342 /<br>V03       | 1   | 75,00             | 90,00              | 75,00        | 90,00         | 20,00         | 27,00                  | 100%          | 27,00                 | 63,00             |
| SAR   | Non Remb.              | 1   | 0,00              | 0,00               | 0,00         | 0,00          | 0,00          |                        |               | 0,00                  | 0,00              |

Cet équipement a bénéficié de l'offre:

Je soussigné(e), Mme Tamimount KARROUM, atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et donne pouvoir au fournisseur pour percevoir directement la participation de la caisse et/ou de la mutuelle sur la part des frais pris en charge.  
J'atteste sur l'honneur de n'avoir bénéficié à ce jour d'aucun forfait optique au titre de l'année en cours.

#### COORDONNÉES BANCAIRES À UTILISER :

Banque :

Compte :

Date

Signature

| BRUT TTC | HT      | NET TTC | Montant TVA | TOTAL TVA par taux<br>(Code) Taux HT TVA | CPAM 21 -<br>Côte d'Or | MMC<br>(Mutuelle<br>Médico Chir | RESTE A CHARGE<br>CLIENT |
|----------|---------|---------|-------------|--|------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 279,00€  | 232,50€ | 279,00€ | 46,50€      | (52) 20,00% 232,50€ 46,50€               | 54,05€                 | 224,95€                         | 0,00€                    |

R.C.S (R.C) DIJON 377530621 - Siret: 37753062100020 - N° Agr. SS: 212801229 - FINESS: 212695134 - TVA Intra: FR87377530621 - SARL au capital de: 60 000 €

(NF525) B - 0157 - khAE -

N000134



**•ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE**

Clinique Saint Vincent / Clinique Saint Martin

11 rue du Dr Noël Courvoisier 70000 VESOUL

Tél. 03 39 70 97 00 - Fax. 03 39 70 96 97

[www.saint-vincent-anesthesia-reanimation.fr](http://www.saint-vincent-anesthesia-reanimation.fr)

**Facture ACQUITTEE d'honoraires complémentaires**

Je soussigné, Docteur RENAUD Loïc, Anesthésiste Réanimateur conventionné OPTAM, certifie avoir reçu de

**Monsieur GAUTHIER Pierre né(e) le 11/01/1945**

La somme de 250 euros correspond aux honoraires complémentaires de l'intervention du 31/07/2023 (par le Dr KIELWASSER Hugo) dont le code CCAM figure sur le bordereau de facturation de la Clinique Saint-Martin.

Ce supplément d'honoraires non remboursé par l'assurance maladie peut être pris en charge par votre mutuelle complémentaire selon votre contrat.

**Dr RENAUD Loïc**  
02 -Anesthésiste Réanimateur  
Conventionné secteur 2  
11 rue du Dr Noël Courvoisier  
70000 VESOUL Tél 03 39 70 97 00  
RPPS 10100956738 ADELI 70180164 9

Bordereau à transmettre à votre mutuelle afin de bénéficier de l'éventuel remboursement de ces honoraires complémentaires.

**SVAR**  
ANESTHÉSIE  
RÉANIMATION  
**ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE**  
Clinique Saint Vincent / Clinique Saint Martin  
33, Chemin des Tilleroyes 25000 BESANCON  
Tél. 03 81 47 21 28 - Fax. 03 81 47 21 48  
[www.saint-vincent-anesthesie-reanimation.fr](http://www.saint-vincent-anesthesie-reanimation.fr)

Vesoul, le 11/07/2023

**DEVIS POUR COMPLEMENT D'HONORAIRES**

Madame, Monsieur,

Nous avons l'honneur de vous informer que nous sommes **médecins anesthésistes-réanimateurs conventionnés à honoraires libres, ayant signé la convention OPTAM**. La Commission de Notoriété de la Sécurité Sociale nous a accordé le droit de pratiquer des honoraires libres en fonction des titres acquis et des compétences démontrées.

Le complément d'honoraires **n'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale**. Il est établi avec tact et mesure en fonction de l'intervention programmée lors de la consultation pré-opératoire. Votre assurance complémentaire santé peut le prendre en charge selon les conditions de votre contrat, elle vous précisera les modalités de remboursement en fonction de l'acte prévu par votre chirurgien.

Le montant du complément d'honoraires du **Médecin Anesthésiste** pour votre intervention prévue le 31/07/2023 (par le Dr KIELWASSER Hugo) et son suivi post-opératoire, est de 250 euros. Vous devrez le régler en chèque à l'ordre de la **SELARL SVAR**, ou par virement. Nous vous remettrons en échange du règlement une note d'honoraires acquittée.

Ce montant est intégralement reporté sur le bordereau de facturation de la Clinique Saint-Martin. Vous devrez adresser à votre assurance complémentaire santé (mutuelle) la note d'honoraires acquittée.

Si vous souhaitez des informations complémentaires et une estimation du niveau de remboursement par votre assurance complémentaire santé, visitez le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) et contactez votre assureur. **Il ne nous est pas possible de vous fournir un code CCAM définitif correspondant au geste chirurgical dans la mesure où il n'est pas encore réalisé. Ce code figurera sur le bordereau de facturation de la Clinique Saint-Martin.**

En vous remerciant pour votre confiance, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos sentiments distingués.

**Monsieur GAUTHIER Pierre le 11/07/2023**  
Signature précédée de « bon pour acceptation du devis »



**Dr ALOUANE Mael**  
02 -Anesthésiste Réanimateur  
Conventionné secteur 2  
11 rue du Dr Noël Courvoisier  
70000 VESOUL / tel 03 39 70 97 00  
RPPS 10101221793/ADELI 70170044 5

**De:** "opt GREGOIRE" <opt.gregoire.hucq@orange.fr>  
**Date:** jeudi 13 juillet 2023 12:28  
**A:** "Service Optique Praeconis" <service.optique@praeconis.fr>  
**Objet:** demande de règlement Bonnaire Maurice

Bonjour,

ci joint la demande de règlement des soins Optique de M Bonnaire Maurice

merci d'avance

Optique Grégoire Hucqueliers

Finess 622699536

2 rue de la longeville  
62650 Hucqueliers

03.21.05.42.78

optique gregoire  
2 rue de la longeville  
62650 hucqueliers

Tél : 03.21.05.42.78  
Fax : 03.21.05.88.70  
E-Mail : opt.gregoire.hucq@orange.fr  
Siret : 50236477100027  
TVA : FR87502364771

N°Finess : 622699536

BONNAIRE MAURICE  
M. BONNAIRE Maurice  
55 rue du loquin  
62560 THIEMBRONNE

FACTURE N° F23/7970 DU 05/07/2023

|  |
|--|
| Bénéficiaire : BONNAIRE Maurice            |
| Date de naissance : 16/11/1929             |
| N°Sécurité Sociale : 1 29 11 62 140 001 08 |
| Assuré : BONNAIRE MAURICE                  |
| RO : CPAM de la Cote d'Opale (016233411)   |
| RC : PRAECONIS MMC                         |

|                                       |
|---------------------------------------|
| Prescripteur : LOISEAU Vincent        |
| Finess : 620000653                    |
| Ordonnance du : 30/06/2023            |
| Corrections :                         |
| VP D. Sph: -1.25 Cyl: +4.50 Axe: 15°  |
| VP G. Sph: -1.75 Cyl: +4.00 Axe: 170° |

| Cat | Désignation  | Qté | Montant Brut TTC | Montant Remise | Montant Net TTC | Code LPP | Base SS | RO   | RC     | Part Client |
|-----|--|-----|------------------|----------------|-----------------|----------|---------|------|--------|-------------|
| VER | OPTISWISS FRANCE SARL O RGA 160 RX Optiplas SHA Org 70   Optiplas SHA   Zylinder 4.2 5 - 6 dpt | 1   | 128.00           |                | 128.00          | 7812994  | 0.05    | 0.03 | 105.02 | 22.95       |
| VER | OPTISWISS FRANCE SARL O RGA 160 RX Optiplas SHA Org 70   Optiplas SHA   Zylinder 4.2 5 - 6 dpt | 1   | 128.00           |                | 128.00          | 7812936  | 0.05    | 0.03 | 0.02   | 127.95      |
| MON | t1000 48.19 7a   | 1   | 30.00            |                | 30.00           | 7218848  | 9.00    | 5.40 | 24.60  | 0.00        |
|     | Total  | 3   | 286.00           | 0.00           | 286.00          |          | 9.10    | 5.46 | 129.64 | 150.90      |

Total Net HT 238.33 €  
Taux TVA 20%  
Montant TVA 47.67 €  
Total Net T.T.C. 286.00 €

Facture acquittée

Part Client 150.90 €  
Acomptes & Règlements 0.00 €  
Solde restant dû 150.90 €

**DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023005875**  
Valable du 03/07/2023 au 02/08/2023

**OPTIQUE GREGOIRE**

**2 RUE de la Longeville  
62650 HUCQUELIERS**

**CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.98.41  
Fax : 03.84.97.12.36  
E-mail : service.optique@praeconis.fr

Vesoul, le 3 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 : BONNAIRE MAURICE Né(e) le : 16/11/1929**  
**N° Dossier : N089458 N° S.S. : 1291162140001 08**  
**Code Tiers National : 622699536**

Ce devis est établi en **euros**

| Libellé<br>Prestation       | Frais réels | Base<br>Régime<br>Obligatoire | Remboursement<br>Régime<br>Obligatoire | Remboursement<br>Mutuelle |
|-----------------------------|-------------|-------------------------------|--|---------------------------|
| V.cB.S Uni-6< Sph<0 Cyl<4 1 | 128.00      | 0.05                          | 0.03                                   | 0.02                      |
| PartMut Ver D Faib.Cor CR 1 | 128.00      | 0.05                          |  | 105.00                    |
| V.cB.S Uni-6< Sph<0 Cyl<4 1 | 128.00      | 0.05                          | 0.03                                   | 0.02                      |
| PartMut Ver G Faib.Cor CR 1 | 128.00      | 0.05                          |  |                           |
| 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                     |
| <b>TOTAUX</b>               |             |                               | <b>5.46</b>                            | <b>129.64</b>             |

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

# Crédit Mutuel

## RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

### Identifiant national de compte bancaire - RIB

|        |         |             |     |        |
|--------|---------|-------------|-----|--------|
| Banque | Guichet | N° compte   | Clé | Devise |
| 10278  | 02636   | 00021614001 | 76  | EUR    |

Domiciliation  
CCM ETAPLES

### Identifiant international de compte bancaire

|  |      |      |      |               |
|--|------|------|------|---------------|
| IBAN (International Bank Account Number) |      |      |      |               |
| FR76                                     | 1027 | 8026 | 3600 | 0216 1400 176 |

BIC (Bank Identifier Code)  
CMCIFR2A

Domiciliation  
CCM ETAPLES  
62 BOULEVARD DALOZ  
62520 LE TOUQUET PARIS PLAGE  
0 820 35 21 25

**Titulaire du compte (Account Owner)**  
EURL GHL  
32 PLACE DU GENERAL DE GAULLE  
62310 FRUGES

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE

# Crédit Mutuel

## RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

### Identifiant national de compte bancaire - RIB

|        |         |             |     |        |
|--------|---------|-------------|-----|--------|
| Banque | Guichet | N° compte   | Clé | Devise |
| 10278  | 02636   | 00021614001 | 76  | EUR    |

Domiciliation  
CCM ETAPLES

### Identifiant international de compte bancaire

|  |      |      |      |               |
|--|------|------|------|---------------|
| IBAN (International Bank Account Number) |      |      |      |               |
| FR76                                     | 1027 | 8026 | 3600 | 0216 1400 176 |

BIC (Bank Identifier Code)  
CMCIFR2A

Domiciliation  
CCM ETAPLES  
62 BOULEVARD DALOZ  
62520 LE TOUQUET PARIS PLAGE  
0 820 35 21 25

**Titulaire du compte (Account Owner)**  
EURL GHL  
32 PLACE DU GENERAL DE GAULLE  
62310 FRUGES

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE

# Crédit Mutuel

## RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

### Identifiant national de compte bancaire - RIB

|        |         |             |     |        |
|--------|---------|-------------|-----|--------|
| Banque | Guichet | N° compte   | Clé | Devise |
| 10278  | 02636   | 00021614001 | 76  | EUR    |

Domiciliation  
CCM ETAPLES

### Identifiant international de compte bancaire

|  |      |      |      |               |
|--|------|------|------|---------------|
| IBAN (International Bank Account Number) |      |      |      |               |
| FR76                                     | 1027 | 8026 | 3600 | 0216 1400 176 |

BIC (Bank Identifier Code)  
CMCIFR2A

Domiciliation  
CCM ETAPLES  
62 BOULEVARD DALOZ  
62520 LE TOUQUET PARIS PLAGE  
0 820 35 21 25

**Titulaire du compte (Account Owner)**  
EURL GHL  
32 PLACE DU GENERAL DE GAULLE  
62310 FRUGES

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE