

158 rue Léon Blum CS 20280 69616 VILLEURBANNE CEDEX

@ : fides\_ace@resamut.fr

Tél : 04 87 65 00 00 Fax : 04 87 65 02 78

Finess : 690041132 Siret : 444 532 766 - 00219

PRAECONIS  
6 RUE PAUL MOREL  
70006 VESOUL CEDEX

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

## FACTURE SOINS EXTERNES N° 917606

Date de naissance : 08/09/1937

N° SS : 2370969382063 74

Assuré : JACOB Yvonne

Débiteur AMO : 016910000 - CPAM du Rhone

691

☐ Régime Alsace Moselle

Débiteur AMC : PRAECONIS

N° Adhérent mutuelle : 237096938206374

### Condition de prise en charge

☒ Maladie

☐ Accident

☐ Maternité

Parcours de Soins : O - le patient est Orienté par son médecin traitant - présence du nom du médecin traitant

N° dossier : 623989541

IPP : 7023600

MT :

DMT :

Période du 15/06/2023 au 15/06/2023

Unité fonctionnelle MCE

DATE		DÉSIGNATION		Qté	Prix unitaire TTC	Base remb.	Taux AMO	Taux PeC AMC	Montant AMC	A votre charge €
Début	Fin	Code	Libellé							
15/06/23	15/06/23	ADE	CRUCHAUDET Batistina - Cardiologie	1	96.49	96.49	70	30	28.95	28.95

Montant Total à payer	€	28.95
Somme perçue	€	0.00
Reste à payer	€	28.95

Facturé le : 15/06/2023

RESAMUT

N° IPP : 7023600

Facture n° : 917606

Date :

Montant : 28.95€

NOM : JACOB

PRÉNOM : Yvonne

Code Banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB	Domiciliation
30003	02280	00067055148	33	SG

IBAN  
FR76 3000 3022 8000 0670 5514 833

BIC  
SOGEFRPP



[illegible]

Sous-total 3	1019,45	1019,45	1019,45
--------------	---------	---------	---------

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1

N° FINESS établissement 2

MANDATAIRE(S)	N° 12345	MANDATAIRE(S)	N°	MANDATAIRE(S)	N°
Banque SOC GEN MULHOUSE		Banque		Banque	
IBAN FR76 3000 3024 2000 0500 1759 822		IBAN		IBAN	
BIC SOGEFRPPXXX		BIC		BIC	

**SERVICE COURRIER LE**

**17 MAR. 2023**

Montant facturé par le praticien

[illegible]

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)

3485,49

Rappel du numéro de la facture C 110624976

Rappel du numéro d'entrée 23002764.02

DIACONAT FONDERIE  
1 RUE SAINT SAUVEUR  
BP1237  
68054 - MULHOUSE CEDEX

BORDEREAU D'ENVOI: 69439  
\*\*\*\*\*  
DESTINATAIRE : PARTENAIRE DE SANTE  
ETABLI LE : 10/07/23

MMC  
B.P. 283  
70006- VESOUL CEDEX

2017

TELEPHONE : 0389367575

Monnaie : EURO

N° DOMI : 680000320 APE : 8610Z  
N° SIRET : 77895055000070  
CODE CATEGORIE : 365 STJ : 73

\*-----\*  
\* RESERVE A LA CAISSE \*  
\*  
\* REFERENCE : \*  
\* NOMBRE DE DOSSIERS RETOURNES : \*  
\* NOMBRE DE DOSSIERS A SAISIR : \*  
\* NOMBRE DE DOSSIERS SAISIS : \*  
\*-----\*

N°	CTR DOSSIER.	FACTURE	NOM / PRENOM	BEN	NUMERO IMMATRICULATION	HOSPITALISATION DEBUT	FIN	NB. JOURS	MONTANT (E) CLINIQUE	MONTANT (E) HONORAIRE	MONTANT (E) T O T A L
001	000	23002764.02/110624976	BURKHALTER ROLAND	1	1511170285587	83	1.03.23	3.03.23	2	219,00	219,00

*-----*				NOMBRE	MONTANT (E)	MONTANT (E)	MONTANT (E)
DOMICILIATION FR. SEJOUR CAISSE D EPARGNE				DOSSIERS	CLINIQUE	HONORAIRE	T O T A L
IBAN FR76 1513 5090 1708 0001 2289 071							
BIC CEPAPRPP513							
*-----*							
MANDATAIRE A CREDITER DRS HAFNER-PIERREL							
DOMICILIATION HONORAIRES SOC GEN MULHOUSE							
IBAN FR76 3000 3024 2000 0500 1759 822				T O T A U X	1	219,00	219,00
NUMERO DE COMPTE - CLE 00050017598 22				*****	***	*****	*****
*-----*							

SERVICE COURRIER LE

17 MAR 2023

**BORDEREAU TIERS PAYANT**

Date: 04/07/2023

Bordereau N°: 1954

Facturation arrêtée le : 04/07/2023

Finiss : 930030507

CENTRE DE SANTE HOTEL DE VILLE BOBIGNY

2 AV PAUL ELUARD

93000 BOBIGNY

PRAECONIS

6 RUE PAUL MOREL

70000 VESOUL

/

Banque Agence Comptes Cle RIB  
 i4707 00001 32821288506 68  
 ASS MEDECINE POLYVALENTE  
 IBAN : FR7614707000013282128850668  
 BIC : CCBPFRPPMTZ

Dossier FSE	Matricule	Nom Assuré	Bénéficiaire	Né(e) le	Lien Assuré	Date Facture		Adhérent		Risque
Prescripteur	Praticien / Spécialité	Date de l'Acte	Acte	N° de dents	Total	TRSS	R.O	R.C	Autre	Patient
130885	28204930010811 7	ABDESSAMAD CHIRAZ	ABDESSAMAD CHIRAZ	16/04/1982	Assuré	30/06/2023		2820493001081		10 0
	BERNABEI / 15	30/06/2023	CS		23,00 €	23,00 €	16,10 €	6,90 €	0,00 €	0,00 €
	BERNABEI / 15	30/06/2023	MCS		2,00 €	2,00 €	1,40 €	0,60 €	0,00 €	0,00 €
	BERNABEI / 15	30/06/2023	MCS		5,00 €	5,00 €	3,50 €	1,50 €	0,00 €	0,00 €
Montant à Régler : 9.00 €										

N° de bordereau : 1954

Nombre de dossiers : 1

Montant Total à régler : 9.00 €

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

**CENTRE DE SANTE HOTEL DE VILLE BOBIGNY**

2, Avenue PAUL ELUARD

93000 BOBIGNY

Tél: 01.42.11.11.02

N° Finess : 93 0 03050 7

**FACTURE**

Fact / FSE 130 885 / 0

du: 30/06/2023

Praticien **BERNABEI Federico**  
**15 Ophtalmologue**

Page 1 of 1

**Patient :** ABDESSAMAD Chiraz ( N°: 30883)**Né(e) le :** 16/04/1982**Lien :** Assuré**N° SS :** 2 82 04 93 001 081 (17)**Risque :** 10 0 Maladie**Assuré :** ABDESSAMAD Chiraz**Adresse :** 23 av paul eluard

93000 BOBIGNY

Date Soins	Cotation	Quantité	TRSS	E.D.	Montant
30/06/2023	Consultation Ophtalmo CS	1,00	23,00	0,00	23,00
30/06/2023	Consultation Ophtalmo MPC	1,00	2,00	0,00	2,00
30/06/2023	Consultation Ophtalmo MCS	1,00	5,00	0,00	5,00
					30,00 €

*Acquittée***SERVICE COURRIER LE****17 IIIII 2023**

Montant des avances consenties		A la charge de l'assuré			
01931 CPAM 93 BOBIGNY	21,00				
70000854/PRAECONIS	9,00				
		<u>Espèces</u>	<u>Chèque</u>	<u>C.B.</u>	<u>Autre</u>
		0.00 €	0.00 €	0.00 €	0.00 €
<b>Total :</b>	30,00 €	Reste dû le 10/07/2023 0,00			

SERVICE COURRIER LE  
17 JUL. 2023

JUSSIIEU SECOURS BELFORT SN  
AMBULANCES EHRET BELFORT SN  
10 RUE DU FOUGERAIS

90400TREVENANS  
Tél : 03.81.34.21.38  
Fax: 03.81.30.49.37

PRAECONIS  
6 RUE PAUL MOREL  
70000 VESOUL

TREVENANS, le 06/07/2023

**Finess identifiant professionnel:- 902510650**

Objet : Encours Règlement / relance Partenaire  
R1/BAR2  
FACTURE N° 000993953

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° 025598.

**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** :MONTBELIARD HNFC EHPAD MAISON JOLY // TREVENANS HNFC//IMAGERIE MEDICALE  
**Trajet retour** : //

**Facture** : 000993953 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 3000 4004 0100 0102 8511 811 BNPAFRPPXXX

## FACTURE DE TRANSPORT

SERVICE COURRIER

VEHICULE SANITAIRE LEGER (VSL)

- AMBULANCE

ABA  
ABG  
AFG

17 JUL 2023

Date de la facture

15/06/2023

N° de la facture

000993963

## 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 nom et n° de  
l'organisme conventionné (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 JOEY

Raison sociale

Identifiant

250017233

N° de la structure

(AM, FINES ou SIRET)

OU Samu-Centre 15, n° de mission

• 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	HNFC EHPAD MAISON JOLY		heure du départ	14 35
	destination	HNFC/MAGERIE MEDICALE		heure de l'arrivée	15 05
	membre(s) de l'équipage	KHOUFFACHE ABED / ALVARES JEREMY		N° minéralogique du véhicule	GJ-343-SN
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)		91.49
• BASE DE REMBOURSEMENT		
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 BELFORT SN

N° d'identification :

Adresse AMBULANCES EHRET BELFORT SN 90400 TREVENANS

902510650

Fait à TREVENANS 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 TREVENANS 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 JUIL. 2023

**PRAECONIS**  
6 RUE PAUL MOREL  
70006 VESOUL CEDEX  
France Métropolitaine

**FACTURE N° 1299118 du 30/06/2023**

**Patient** (Né(e) le 19/03/1952)  
**Monsieur FAURE ROBERT**

**Adresse de l'organisme**

50006874 50006874  
Taux de prise en charge : 60.00 % Accord AMO : 11/03/2023

**ST ETIENNE (CPAM)**  
3 Parvis Pierre Laroque  
CEDEX 1  
42000 SAINT ETIENNE

**Assuré** 1 52 03 42 091 001 84  
**Monsieur FAURE ROBERT**

**Prescription du 24/02/2023**  
Par DOCTEUR REYNAUD MORGAN  
N° 421007840

Org. AMC : PRAECONIS  
N° Adhérent : N159847

Lot FSE n°097 : 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€
<b>TOTAL</b>				<b>62.32€</b>	<i>Tiers payant intégral</i>	



# CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE LES HABERGES

SELARL CIMVES 13 RUE DU DR NOEL COURVOISIER-7000070000  
VESOUL

SIRET : 44315276400041

IRM - SCANNER - MAMMOGRAPHIE - ECHOGRAPHIE - OSTEODENSITOMETRIE - RADIOGRAPHIE  
Prise de rendez-vous : en ligne sur [www.cimves.fr](http://www.cimves.fr) ou par téléphone au 03.84.75.67.89

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2021

MMC - MUTUELLE MEDICO  
CHIRURGICALE/ PREVALOIS/  
PREAGONIS  
6 Rue Paul Morel  
70000 VESOUL

## NOTE D'HONORAIRES N°000086674

Désignation	Montant TTC
Dossier n° 012106070090	
Date examen : 07/06/2021	
Radiologue :	Montant Total
Dr Jonathan ZIPFEL	67,77
RPPS : 810100822591	
FINESS : 701700338	Montant AMO
	47,44
Patient :	Montant AMC
CLAUDE DELAIN	20,33 €
Né(e) le : 18/02/1949	
Num SS : 1490270550139-04	

*TVA non applicable, selon article 293 B du CGI*

Montant Régime Complémentaire restant à Régler	20,33 €
--	---------

Conditions de règlement : En votre aimable règlement comptant :

Par Chèque à l'ordre de : CIMVES

Par virement :

Réf. Bancaire : VIREMENT HONO VESOUL - 30004 / 00433 / 00010116947-32  
SELARL CIMVES - 70000 VESOUL

### Détail cotation :

Code Acte	Code Regroupe	Activité	Modificateurs	Association	Base	Dépassement	Montant
NFQK003	ADI	1	Z	1	29,97 €	0,00 €	29,97 €
PBQM003	ADE	1		1	37,80 €	0,00 €	37,80 €
Montant Total des Actes :							67,77 €

 **DUPLICATA**