

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

Finess Etablissement : 750000523

FACTURE DE CONSULTATION

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

MUTUELLE MEDICO CHIR - MMC - PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL

70006 VESOUL

Référence à rappeler

N° IPP / N° Séjour : **16432538 / 723352012**
Nom / Prénom : **LAPAQUELLERIE ELIANE**
Date de naissance : **16/01/1958**
Période séjour : **28/06/2023**
N° SS : **2 58 01 75 115 224 08**
N° Adhérent : **N159553**
Débiteur 1 : **7000000002 MUTUELLE MEDICO CHIR - MMC - PRAECONIS**
Organisme d'affil. : **017510000 PARIS**
Parcours de soins : **MTO: Orienté par le médecin traitant**

Facture N° **230511821**Période séjour : **28/06/2023**DMT : Activ : **07**

Date	UF	Code	Tarif	Coef.	Montant	Taux AMO	A votre charge
28/06/2023	7005	APC	55.00	1.00	55.00	70	16.50
Acte : AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT (EX C2)				Spécialité : 04 - Chirurgie générale			

Numéro(s) de demande(s) :

		Euros
Total à payer		16.50
Somme perçue		0.00
Reste à payer		16.50

Reste à payer : **SEIZE EUROS CINQUANTE CENTS**Facturé le : **03/07/2023**N°IPP : **16432538 LAPAQUELLERIE, ELIANE**Facture : **230511821**Montant : **16.50** Euros

Pour votre règlement :

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

BFC JUSSIEU SECOURS BESANCON
19 RUE PAUL MILLERET
25000BESANCON

Tél service comptabilité : 03 81 60 87 89
Tél pour prise de rendez- vous : 03 81 60 87 87
Fax: 03 81 60 87 85
mail : admjsb@jbfc.fr

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

MUTUELLE MEDICO CHIRURGICALE
6 RUE PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX

BESANCON, le 10/07/2023

Finess identifiant professionnel:- 252501176

Objet : Encours Règlement / relance Partenaire R1/SC

FACTURE N° 000062080

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 04/07/2023 lot n° 004596.

Bénéficiaire : GUILLEMIN BRIGITTE, **Date de naissance:**12/05/1950

Assuré : GUILLEMIN BRIGITTE, N° SS : **2500570550038 54 &**
66 RUE GUSTAVE COURTOIS

70000 PUSEY

Détail prestation:

Transport : Ambulance code acte ABA du 30/06/2023 au
Trajet aller : BESANCON CHU BESANCON MINJOZ // PUSEY 66 RUE GUSTAVE COURTOIS
Trajet retour : //

Facture : 000062080 Emise le 04/07/2023

Montant : 318.45 Euros

Remboursement SS : 206.99 **Taux: 65.00 %**

Reste Du : 111.46

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

IBAN
FR7612506200495081872601048-AGRIFRPP825

Centre d'Imagerie Médicale **IMASUD Les Médecins Radiologues**

04 13 96 12 00

RADIOLOGIE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER - SENOLOGIE - OSTEODENSITOMETRIE - ACTES INTERVENTIONNELS - IMAGERIE DENTAIRE - SCANNER - IRM - EOS

PRAECONIS/MMC
6 RUE PAUL MOREL
bp80283

70000 VESOUL CEDEX

Le mardi 11 juillet 2023

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

NOTE D'HONORAIRES MUTUELLE

Patient MME BERNADETTE FREDERIC
N° de Sécurité Sociale 244025932401429

N° Ayant droit Mutuelle
Date de Naissance 01/02/1944
Facture N° 002608553
Praticien Dr SANDRINE CIPRIAN-CORBY
N° Identifiant 831804810

Date	Nomenclature	B. Rembt	Dép. Hono	Part AMO	Part AMC	Part Patient
21/11/2022	ADI	27,89 €	10 €	19,52 €	8,37 €	
TOTAUX				19,52 €	8,37 €	10 €

MOTIF DE LA RECLAMATION :

Suite à un changement dans ma situation au 10/04/2023, mes télétransmissions antérieures à cette date demeurent en anomalie auprès de votre organisme.
Dans ces conditions, je vous remercie de bien vouloir traiter manuellement cette facture.

Nous vous demandons de bien vouloir régulariser ce dossier de la part RC manuellement de **8,37 €**.

Vous en remerciant par avance,
Cordialement.

Pour la société,
Le service tiers payant.
Mail : gestion.tierspayant@imasudradiologie.fr



M M C
6 RUE PAUL MOREL
70000 VESOUL
Mutuelle soumise au livre II du code de la Mutualité



Télétransmission
hors Sésam-vitale
Code télétransmission
70M000854

Période de validité :
DU : 01/01/2022 AU : 31/12/2022
N° adhérent : U004039
N° AMC : 778542852
EDITEE LE : 09/11/2021
Typ Conv. : OC
CSR :
R : Contrat Responsable

BÉNÉFICIAIRES : NOM / PRÉNOM
QUALITÉ / DATE DE NAISSANCE / N° SÉCURITÉ SOCIALE / RÉGIME / PRODUIT
FREDERIC BERNADETTE (A) 01/02/1944 2440259324014 29 AS AVEN

GARANTIES OUVRANT DROIT AU TIERS PAYANT RÉGIME OBLIGATOIRE INCLUS*									
HOSP	LARA	PHAR	COSL	EXTE	AUXOM	TRAN	OPAU	DENT	
(1)	OUI	(2)	OUI	OUI	OUI	OUI	(1)	(1)	

(1) Sous réserve de la délivrance d'une prise en charge
Prestations : prestations@mutuelle-mmc.com
Téléconsultation - Second Avis Médical : 01 55 92 24 41

(2) Vignettes 15% prises en charge

WWW.MUTUELLE-MMC.COM

* LES TAUX S'APPLIQUENT AU TARIF DE RESPONSABILITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

SERVICE COLLODIERIE
17 JUL. 2023

ELARL IMAGERIE DIAGNOSTIQUE AZUR
31804810 - Radiologue
AV GEORGES BIZET 83000 TOULON

SERVICE CLIENT
17 JUIL. 2023

FACTURE N°2461815

Date de paiement : 23/11/2022	N° lot : 478
RG - 831 - CPAM du VAR	
	Total nature d'assurance AS : 189,41 €
	AU COMPTE EU 30003 02084 00021353614 15

restations et remboursements

Facture n° :	244025932401429 - FREDERIC BERNADETTE, né(e) le 01/02/1944					AS	Total
461815	ACTE D IMAGERIE	21/11/2022	Qté : 1	Dépense : 37,89 €	RO : 19,52 €	RC : 0,00 €	19,52 €
	ADI						

(*) SNL : Sans Numéro de Lot
(**) SNF : Sans Numéro de Facture
(***) LNC : Lot Non Connue
(****) FNC : Facture Non Connue

GCS DU MARSAN CLINIQUE DES LANDES
NOUVELLE LANDES
250 RUE FREDERIC JOLIOT CURIE
CS 40250
40281 SAINT PIERRE DU MONT CEDEX
Telephone : 05 58 06 06 12
N° Finess : 400015236

SERVICE COMPTABLE
17 JUIL. 2023

PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
70000 VESOUL

2^{ème} RAPPEL

SAINT PIERRE DU MONT CEDEX le 12
Juillet 2023

Madame, Monsieur,

Après vérification de nos comptes et sauf erreur de notre part, vous nous êtes toujours redevable des dossiers ci-après :

N° Dossier	Nom patient	N° Sécu	Date fact	N° fact	Total(€)	N° lot
202206587	Mme PRIEUR MARIE ROSE	253047624900562	01/09/2022	4562503		24

Si les règlements ont été effectués, veuillez nous indiquer les dates et moyens de paiement.

Dans l'attente de votre aimable règlement, recevez nos salutations distinguées.

SERVICE FACTURATION

ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE - BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

Date d'élaboration 07/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire MMC VESOUL		Code MMC70		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL	
Identification de l'établissement CLINIQUE SAINT VINCENT 40 CHEMIN DES TILLEROYES 25044 BESANCON CEDEX		N° Finess 250000270	Code catégorie 365	Référence à rappeler Clé de la facture C N° de Lot 552 N° de facture 231804801 N° d'entrée 2318048 N° PEC AMC	
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30002		CLINIQUE ST VINCENT Guichet 02273	LCL Compte 0000459884P	Ciè 50	Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>
Le bénéficiaire des soins			L'assuré(e) titulaire du contrat AMC		
Nom de naissance et prénom(s) suivi s'il y a lieu du nom d'usage			LACROIX BERNARD LACROIX		
N° immatriculation et clé Code organisme de rattachement N° centre gestionnaire Entrée le		1450270204001 48 02/701 1000 15/06/2023		Date et rang de naissance 21/02/1945 1 Date de début hospitalisation 15/06/2023 Sortie le 15/06/2023	
N° immatriculation et clé Adresse		1450270204001 48 1 RUE DE LA MARQUISE 70180 DENEVRE		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte	

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 00/00/00
Maternité <input type="checkbox"/>	ATMP <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	D.C.S	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'assurée
					Du	Au						Taux	Montant		
S			M	GHS	15/06/23	15/06/23	332.61	1	1.00	332.61	332.61	80.00	266.09	66.52	
Sous-total 1										332.61	332.61		266.09	66.52	0.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	N° identification 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'assurée
												Taux	Montant		
Sous-total 2										0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
Sous-total 1 + 2										332.61	332.61		266.09	66.52	0.00

SERVICE COPIPIPIRLE
17 JUL. 2023

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire															
Transfert	N° d'identification prescripteur	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Prix unitaire	Element de tarification	Quantité	Honoraires facturés	Base de remboursement	Régime obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
S	1	250000270	01	20	01	15/06/23	G	25.00		1.00	25.00	25.00	80.00	5.00	
S	1	250000270	01	20	01	15/06/23	ATM	14.26		1.00	14.26	14.26	80.00	2.85	
Sous-total 3											39.26	39.26	31.41	7.85	0.00

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S) N° 1		MANDATAIRE(S) N°		MANDATAIRE(S) N°			
B* ST VINCENT HONO		B*		B*			
Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet		
Compte	Cle	Compte	Cle	Compte	Cle		
Montant facturé par le praticien.							
N°1 CHAGROT NINON	N°2	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	
ADELI 250000270	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	
€ 7.85	€	€	€	€	€	€	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 371.87 €			Rappel du numéro de facture 231804801				

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

B* : Banque

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

Numéro de feuillet : 1 / 2

Date de la facture AMC : 12/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire PRAECONIS		Code 2015	Adresse 6 rue Paul Morel 70000 VESOUL		Téléphone : 0800746558											
Identification de l'établissement N° FINESS 850000134 CLINIQUE CHIRURGICALE PORTE OCEANE Rue Jacques Monod BP 60027 Olonne sur Mer 85101 LES SABLES D'OLONNE Cedex			Téléphone : 02 51 21 15 15 Fax : 02 51 21 01 13	CODE CATÉGORIE 365	Références à rappeler Clé facture C N° de lot 338 N° facture 21828 N° d'entrée 23009499 N° PEC AMC 0123003785	Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>										
Domiciliation bancaire de l'établissement CLINIQUE PORTE OCEANE IBAN : FR7615519390300002120510438 BIC : CMCIFR2A																
Le bénéficiaire des soins			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) JOLLY Michel 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 1360275118207 12 Code organisme de rattachement 018510000 Date et rang de naissance 27/02/36 - 1 N° centre gestionnaire 0717 Date début hospitalisation 21/06/2023 Entrée le 21/06/2023 Sortie le 21/06/2023			N° d'immatriculation et clé 1360275118207 12 Adresse 26 AVENUE DU BON ALOI 85800 ST GILLES CROIX DE VIE			N° contrat/adhérent(e) 778542852 / 13602751										
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 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			C	GHS	21/06/2023	21/06/2023	523.14	1	1.00	523.14	523.14	100	499.14			
			C	PAS	21/06/2023	21/06/2023	24.00	1	1.00					24.00		
Sous-total 1											523.14	523.14	499.14	24.00		
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				
Sous-total 2																
Sous-total 1+2											523.14	523.14	499.14	24.00		

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			851802355	46 30		21/06/2023		ADC		191.24			1.00	1	441.24	HL	191.24	100	191.24		250.00
1			851802355	46 30		21/06/2023		ADC		125.40			1.00	2	66.78		66.78	100	66.78		
2			851032821	02 30		21/06/2023		ADA		98.60			1.00	1	127.52		127.52	100	127.52		
2			851032821	02 30		21/06/2023		ADA		66.71			1.00	2	58.36		58.36	100	58.36		
3			441078052	37 20		21/06/2023		ATM		64.57			1.00		64.57		64.57	100	64.57		
Sous-total 3															758.47		508.47		508.47		250.00

SERVICE COURRIER LF
17 JUL. 2023

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ①

N° FINESS établissement ②

MANDATAIRE(S)

CREDIT AGRICOLE HONORAIRE - CLINIQUE PORTE OCEANE

N° 1

MANDATAIRE(S)

N°

MANDATAIRE(S)

N°

IBAN : FR7614708001310007903658320 RIB : AGRIFRPP847

Montant facturé par le praticien

n° 1 VAN HEMELRYCK THIERRY	n° 2 GAGNON NICOLAS	n° 3 BOSSARD IHP CELINE	n° 4	n° 5	n° 6	n° 7
Mandataire n° 1	Mandataire n° 1	Mandataire n° 1				
ADELI 851802355	ADELI 851032821	ADELI 441078052	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI
€ 0.00	€ 0.00	€ 0.00	€	€	€	€
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)		24.00 €	Rappel du numéro de facture 21828			