

2 CHEMIN DES RONZIERES, 69390 VOURLES

Fax: 04 72 50 89 65

SERVICE COURRIER LE 1 7 IIIIL. 2023

PRAECONIS

6 RUE PAUL MOREL 70006 VESOUL CEDEX France Métropolitaine

FACTURE Nº 1306208 du 30/06/2023

Patient

(Né(e) le 24/10/1948)

Monsieur CHARET JEAN PAUL

50024871 50024871

Taux de prise en charge : 60.00 %

Accord AMO: 17/02/2023

Assuré 1 48 10 42 091 010 92 Monsieur CHARET JEAN PAUL

LE CROZET 42550 APINAC

Prescription du 02/02/2023

Par DOCTEUR WEBER JEAN-GUILLAUME

N° 421702713

Adresse de l'organisme

ST ETIENNE (CPAM)
3 Parvis Pierre Laroque

CEDEX 1

42000 SAINT ETIENNE

Org. AMC : PRAECONIS N° Adhérent : N155807

Lot FSE nº462 : Télétransmise

Page 1/1

							r age to	•
RÉF. / LPP	DÉSIGNATION	QTÉ	P.U.	BASE REMB.	PART RO	PART RC	PART CLIENT	TV
1115455	PPC 9.TL2 (56 H - 112 H) AMO : 60% - AMC : 052-100%TM Loc.du 01/06/2023 au 21/06/2023	3	9.74				0.00	10

N° de professionnel : 692647191

	TVA			MT. TVA
i	10	24.35	20.00%	4.87

AU 10/07/23	MT. TTC	RÉGLÉ AU	RESTE AU
Part RO	17.53€		17.53€
Part RC	11.69€		11.69€
Part client	0.00€	<u></u>	0.00€
TOTAL	29.22€	Tiers payant intég	ral

LENVAL - HOPITAUX PEDIATRIQUES 57 AV DE LA CALIFORNIE

FACTURE

236150731

N° ENTREE DATE ENTREE Facture Emise

1195756 07/07/2023

N° Bordereau

349968

N° Feuillet 1/1

2023 Exercice IPP 92049789

06200 NICE TEL: 0492030392

PATIENT

DEGRANDI

ETHAN

Né(e): 14/01/2013

FINESS

060780947

A: 06

Nom J.F.: DEGRANDI

Adresse: 550 CHEMIN DU VIGNAL

06670 **LEVENS**

DU: 19/06/2023 AU: 19/06/2023

SORTIE: 19/06/2023

PRAECONIS PREVALOIS MUTUALP TAKAFUL 6 RUE PAUL MOREL BP 80283

19/06/2023

70006

VESOUL CEDEX

ASSURE

PERIODE

NOM: DEGRANDI

ORG.: 010610000

N° SS: 281120600403475

Magali BENEFICIAIRE: 6 MUTUELLE: 182070608823489 DOS. AMH:

RISQUE: 10

OBSERVATIONS: Le télépaiement pour régler cette facture est disponible via notre site https://lenval.org/paiement_facture

DATE	DESIGNATION	NBRE	TARIF	DMT	TAUX	A VOTRE CHARGE	MEDECIN
9/06/2023	Forfait participation ass	1	24.00		100	24.00	ROCIU CIPRIAN
	TOVICE COURRIER LE						

SOCIETE GENERALE // IBAN: FR7630003009500003752000019

Sous - Total

24.00

BIC: SOGEFRPPXXX

INDIQUER IMPERATIVEMENT LE N° DE FACTURE LORS DE VOS PAIEMENTS.

A PAYER

24.00 euro(s)

Chèque libellé à l'ordre de : FONDATION LENVAL

Règlements

Date

Mode de Paiement

Montant

BORDEREAU DE FACTURES

Ets: FONDATION LENVAL LENVAL - HOPITAUX PEDI

57 AV DE LA CALIFORNIE

RIB: Etablissement Guichet Nº Compte

Bordereau : 349968

Date:

07/07/2023

Clé Rib

Date bordereau :07/07/2023

Page: 1/1 Exercice: 2023

Relance :

06200 NICE

Finess: 060780947 Catégorie: 699

Code Débiteur 338950

Destinataire : PRAECONIS PREVALOIS MUTUALP TAKAFUL

6 RUE PAUL MOREL BP 80283

70006 VESOUL CEDEX

IBAN : SWIFT :

Facture	Séjour	Nom - Prénom du Patient	N° ADH.	Date	A Votre Charge	Emargement	Bordereau Origine
1195756	236150731	DEGRANDI ETHAN	182070608823489	07/07/2023	24.00		
		24.00					

Total à votre charge 24.00 euro(s)

1 7 HILL 2023

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

Date de la facture AMC : 31/05/2023

								Daie a	a la lacture	AMC: 31/03/2023	
Identification de l'organisme compléme PRAECONIS	ntaire C	ode PRAE70V02		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL							
Identification de l'établissement CENTRE JEAN PERRIN 58, Rue Montalembert, B.P. 392 63011 CLERMONT FERRAND CEDEX			CODE CATÉC 131		Coefficien 0,9683	t HAD	Clé facture N° de lat	éférences à rapp C 32813,00 230509562	eler	Signature de l'assuré(e)	
Domiciliation bancaire de l'établisseme	ont BANOUE POSTA	LE CLERMONT		R	c PSSTFR	PPCLE	N° d'entrée	23151511		Absence de signature	
IBAN FR13 2004 1010 0301 4461 4W0				014461			N° Feuillet	1/2		X	
Le bénéficiaire des soins	2 107 2 3 1 2 0 0					contrat AMC	. , .	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	- T		
The demandance of provincing RINGUET Natha	lie	1.00				RINGUE					
suits s 4, d ties du note à avo					waa kardin						
N. d'immatriculation et cle 2 70 11 63 178 027	7 54		N' d'immatricula			1,10					
Code organisme de rattachement 01631 N°centre gestionnaire 01 631 608	Date et rang de naissance Date debut hospitalisation Sortie le 26/05/2023		Adresse 7 RUE	DU BA	C AC LES MII	NES			N°	contrat/adhérent(e)	
		Cond	Itions de prise en cha	ge du béi	éliciaire des	soins					
Malad e 🛛 🖾	Accident cause par un ti					Non	0 0	u D	Si oui, date		
Maternité 🗆	AT/MP 🗆		Exoneration forfa			Vou	0 0	ui 🗖	Régime A soc	o Moseile 🛘	
Mode de traitement DAM DCS DAM	Période Du		Frais de struct unitaire	yent	ntant facturé	Base de rembour régime obliga	rsement	Régime obligatoire x Montant	Montant A en tiers pa	MC Reste à charge	
								ser	VICE CO 17 JUIL	. 5053 Hiddled FE	
		Produits	Sous to de la LPP (acturables		tés pharmac	eufiques .			ZGC WY		
Mode of training o	N° identification du prescripteur	Date d'implantation	Pr'x unitaire/ tarif de réference	Me Me	ntant facture	Base de rembour régime obligat		Regime obligatoire Montant	Montant A en tiers pa		
			Sous-to Sous-total		Access of the second se	The state of the s	*4.	Secretary and the control of the con	·	e 04/07/2023 14:20 (lbernard)	

								Rele	vé des honoro	ires me	édicaux, par	amédicaux et	actes d	e labora	tolre	Rappel du nu	méro de	facture: 230	509562	Feuillet 2/2
Transfert	N* de case	N° identification prescripteur	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 Modifi- cateurs Code remb. except.	Quantité ou coefficient ou dénombrement	Coefficient	Honorsires facturés	Base de remboursement régime obligatoire	Régin	ne obligato re Montant	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
	1		630000479	42)	1	26/05/23		ADE		34,91	1	1	1	34,97	34,97	70	24,48	10,49)

SERVICE COLIRRIER LE 17 JUIL 2023

		•	Sous-total 3	34,97	24,48 10,49
Transfert provisoire - N° FINESS	établissement (1)	1994 810000	N° FINESS établissemen	1 ②	
MANDATAIRE(S)	N°	MANDATAIRE(S)	И,	MANDATAIRE(\$)	Ne.
Dorichation BANQUE POSTALE (CLERMONT	Consiliation		Do nullation	
Re 20041 01003 0144614W024	07	R ₁ ² ,		Riff	
⊫a FR13 2004 1010 0301 4461 4	4W02 407 PSSTFRPPCLE	[P. k] 4	BL.	(Bet)	8r.
Montant lacturé par le praticien					
nº 1 n · 2	n 3	n*4	n² 5	n'ó	n°7
SOMDA Frédéric					
ADEL: 630000479 ADE	LI ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI
€ 34,97 €	€	€	É	€	€
MONTANT TOTAL en euros (1	+2+3) 34,9	7 € L'assuré(e)) n'a pas payé la part obligatoire	L'assuré(e) n'a pa	s payé la part complémentaire 🏻 🗓

SERVICE COLLEGIES LE

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

Date d'élaboration 12/07/2023

Idon	tification	do l'oro	anie	me complém	ontairo				_										
	RAECON	•	jailiəi	ne complem	CINAIIC				(Code	PRAEC	070			Adress	6 RUE PAUL MOREL 70006	•	BP 80283 VESOUL CED	EY
_															Dáfárana				
	tification				N° Fine	ss 72001	7748		Code					Clé de la facture	C	à rappeler			Signature de l'assuré(e)
	CMCM F								catégor	ie				N° de Lot	316				1000010(0)
	RUE DE)16 LE								129					N° de facture	234050	501			
	_	_			24.0	ICM/POLE SANTE	CUD	OCIETE G	CNCDAL	_	\perp			N° d'entrée	234050			Ahea	nce de signature
	re CCP o			tablissement nn3		ncm/POLE SANTE net03392	Compte	000204				CIA	é 49	N° PEC AMC		•		Ause	T Signature
	néficiair						- Compte	000201	-					aire du contrat AMC					,
	de naiss			m(s) HUME	TZ MARJ	ORIE									UMETZ MAF	JORIE			
suivi	s'il y a lie	u du nor	n d'us	age HUME	TZ								suivi s'il y a li	eu du nom d'usage H	UMETZ				
N° in	nmatricul	ation et d	lé	274096	2048036	58				\neg	N° imma	atricul	lation et clé 2	2740962048036	58			N° de contr	at / adhérent(e)
Code	e organis	ne de ra	ttache	ement 01/7	721	Date et rang	de naissance	06/09	9/1974	1	Adress	e CC	CAS MAIRIE DE	VAAS 37 RU	IE ANATOLE	CARRE		mentionné su	r l'EP ou la carte
N° c	entre ges	ionnaire		1000		Date de débu	t hospitalisation	29/06	6/2023			72	500 VAAS					274096	204803658
Entre	e le	29/06/20	23			Sortie le			6/2023										
\equiv								Co	onditions	de pri	se en c	harge	du bénéficiai	re des soins			_		
	idie X					ausė par un tiers										*		Si oui, date	00/00/00
Mate	ernité				at/mp [Exonér	_	orfait jour		e et de soins			Non X O	ji [Régime Alsac	,
					<u> </u>		12/1/14/14/14			rrai	s de str	UCILL	e et de soms			Total Company	1		CENTRAL CONTRACTOR
t e	a de la	_				Pério	de			Į.	Coefficient								Danta à sharra
Transfert	Mode de traitement	DNAT	soa	Prestations				Prix Un	Prix Unitaire			М	fontant facturé	Base de remboursem régime obligatoire	ent F	Régime obligatoire		ontant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée
Ė	3 1	_	_						80					regime obligatore					
_			_			Du	Au				_	+			Taux	Montant	\bot		
\$				FPV		29/06/23	29/06/23		8.49		1 1.0	- 1	8.49					8.49	
S				CFU		29/06/23	29/06/23		11.12		1 1.0	00	11.12	11.12	100.00	11.12			
										So	us-total	11	19.61	11	.12	11	.12	8.49	0.00
10		1 1 To			.777	A car will		Produ	uits de la	LPP fa	cturabl	les et	spécialités ph	armaceutiques 💢	W. J. Shi	N. P. CHILDRA	(A)	2141 x 115 v	Section Assess
												•							
fen	d de	Ę	9	Daniel de la cons		N° identification	Date		Prix unita		e e			Base de rembourseme	ent 6	Régime obligatoire	Mo	ontant AMC en	Reste à charge
Transfert	Mode de traitement	ΡVO	soa	Prestations		prescripteur	d'implantation		tarif de référen		Quantité	Mo	ontant facturé	régime obligatoire		regime opiigatoire		tiers payant	pour l'assurée
F	25								10101011	"	ō				Taux	Montant			
	_		H		\vdash			++		\dashv	\neg	-			Idux	WORLDIN	+		
										Sous	s-total 2		0.00		00		.00	0.00	0.00
									\$	ous-tot	al 1 + 2		19.61	11	12	11	.12	8.49	0.00

Section Company Comp		Ţ	Ţ							Relevé des hono	oraires	médicaux	param	édica	aux et a	ctes de	laboratoire				1000		
\$ 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	± + 0 N°	Spécialité	d i	identification	Spécialité	Zone Tarif	Code convention	Date des actes		regroupement	Localisation dentaire		de tarifica Modifi- cateur	ent ation Code remb. except	Quantité coefficient ou dénombrement	Coefficient	Honoraires facturés	Š	remboursement régime	-	·		Reste à charge pour l'assuré(e
Transfert provisoire - N° FINESS établissement 2 MANDATAIRE(S) N° 1,2 MANDATAIRE(S) B' Centre CCP ou banque 13807 Guichet 00658 Centre CCP ou banque Guichet Compte 31021551240 Cle 17 Compte Cle Montant facturé par le praticien. N° 2 LABO CMCM SELAS LABO N° 3 N° 4 N° 5 MANDATAIRE(S) B' Centre CCP ou banque Guichet Compte Cle N° 6 N° 7	S 1 S 1 S 1 S 1 S 1 S 1 S 1 S 1 S 1 S 1	01 01		721808855 721808855 721808855 721808855 721808855 723701793 723701793 723701793	01 01 01 01 39 39	24 24 24 24 24 24 24 24	01 01 01 01 01 01	29/06/23 29/06/23 29/06/23 29/06/23 29/06/23 29/06/23	29/06/23 29/06/23	FU3 SU3 SUM ATM SB3 AMI MAU		41.03 19.34 12.63 14.26 71.24 3.15 1.35			1.00 1.00 1.00 1.00 1.00 1.50		19.34 12.63		19.34 12.63	100.00 100.00	19.34 12.63		1 7 JUIL. 2023
MANDATAIRE(S) B' GPT PRATICIENS DU CMCM BPO LE MANS Centre CCP ou banque 13807 Compte 31021551240 Cle 17 Compte Cle Montant facturé par le praticien. N° MANDATAIRE(S) B' Centre CCP ou banque Guichet Compte Cle Compte Cle N°5 N°6 N°7							_								Sous-	total 3	144.24		144.24		144.24	0.	0.0
B° GPT PRATICIENS DU CMCM BPO LE MANS Centre CCP ou banque 13807 Guichet 00658 Centre CCP ou banque Compte 31021551240 Compte 17 Compte Cle Com		I° FINE	E\$S	établissemen	t 1			NO 4 2		A N. B. A. T. (N° FINESS	ėtablis	seme	nt 2								
Montant facturé par le praticien. N°1 HAJJAJI ABDELLATIF N°2 LABO CMCM SELAS LABO N°3 N°4 N°5 N°6 N°7	r GPT PRATICIENS DU CMCM BPO LE MANS entre CCP ou banque 13807 Guichet 00658 B* Centre CCP ou								entre CCP ou ba					et	N'			B* Centre CCP o)	Guichet		
		oraticie	en.		_		_			<u> </u>								_					
INCLUSION DE LA PROPORTION LA	N°1 HAJJAJI ABDELL	ATIF		N°2 LABO	CMC	CM SE	ELAS	LABO N°3			N°4			1	N°5			N°6			N°7		
ADELI 721808855 ADELI 723701793 ADELI ADELI ADELI ADELI ADELI ADELI E C C C C C C C C C C C C C C C C C C	ADELI 721808855 € 0.00					793			LI			ELI			,	ADELI €			ADELI			ADELI €	

Le 10/07/2023

BORDEREAU D' EXPEDITION

EXPEDITEUR: L'Hôpital privé Confluent

2,4 RUE ERIC TABARLY

DESTINATAIRE:

PRAECONIS (M70VE002)

6 RUE PAUL MOREL

BP 80283

44277 NANTES CEDEX 2

70006 VESOUL CEDEX

No Finess:

440041580

Nº De BORDEREAU:60

Destinataire Reglement : Partenaire de Santé

N° LOT:

Bordereau en Euros

				PRESTAT	TIONS HOSPIT	ALIERES	ı	HONORAIRES	
Facture	Nom	Né(e) le	No secu	Factures	Ass.maladie	Org.Compl.	Factures	Ass.Maladie	Org.Compl.
293409701	HAMON JEAN BAPTISTE	10/03/1949	1490353073004 83	607.91	0.00	24.00	271.12	0.00	0.00
			Totaux:	607.91	0.00	24.00	271.12	0.00	0.00

Nombre: 1

Total facture:

879.03

Ass. maladie:

0.00

Org. complémentaire :

24.00

SERVICE COLIRRIER LE 17 IIIIL 2023

WMX ETABLISSEMENT DE SANTE RRIVE : BORDEREAU DE FACTURATION DESTINE A L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE (1995) (1995)

Date d'élaboration 07/07/2023

	ification RAECON		anis	me complém	entaire				0	ode	M70VE	002		Adress	€6 RUE PAUL MOREL 70006	BP 8028 VESQUI		(
L'H6	ification opital priv RUE ERI	é Conflu C TABA	ent RLY		N° Fines	ss 44004 ⁻	580		Code catégori 365	e			Clé de la facture N° de Lot N° de facture	Référence C 390 2934097	à rappeler		S	ignature de 'assuré(e)
Centr	e CCP o	u banqu	e 300	tablissement 004		ITAL PRIVE CONF et02408	LUENT BN Compte		0504052			Clé 58	N° d'entrée N° PEC AMC	2934097			Absenc	ce de signature
Nom	néficiair de naiss s'il y a lie	ance et p	oréno	m(s) HAMO	N JEAN B	APTISTE						Nom de naiss	aire du contrat AMC sance et prénom(s) HAM eu du nom d'usage HAM	MON JEAN MON	BAPTISTE			
Code	matricula organisr ntre gest	ne de ra	ttach	1490353 ement 01/5 1000		83 Date et rang o Date de débu	de naissance t hospitalisation	10/ 22/	triculation et clé 1 DOMAINE DE LA 44580 BOURG		GUERIVIER	E			/ adhérent(e) l'EP ou la carte			
Entré	e le	22/06/20	23			Sortie le			06/2023									
Nania.	die 🗓		_		A a a i da a t a			(Conditions	de pri	se en ch	arge du bénéficiai	re des soins		V 0.1	011	4-1-	00/00/00
Mala Mate	Alatemité AT/MP Exonération forfait journalier															Si oui, d Régime		00/00/00 Moselle
	Frais de structure et de soins (1999)																	
Transfert	Mode de traitement	DMT	sod	Prestations		Pério Du		Prix	Unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	R	égime obligatoire Montant	Montant AMC tiers payant		Reste à charge pour l'assurée
S S			CC	GHS PAS		22/06/23 22/06/23	Au 22/06/23 22/06/23		607.91 24.00		1 1.0	1	607.91 100.00 583.91			24	.00	
										So	us-total	1 607.91	607.91		583.91		24.00	0.00
1.	, na	,		r J. s				Pro	duits de la	LPP fa	cturable	es et spécialités ph	armaceutiques '\	19				
Pristations N° identification Date tariff or reference or											Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	R	égime obligatoire	Montant AMC tiers payant		Reste à charge pour l'assurée
			L		$\vdash \vdash$			_						Taux	Montant		_	
	Sous-total 2 0.00														0.00		0.00	0.00
				CEDVIC	- (1)	RRIER L e			S	ous-tot	al 1 + 2	607.91	607.91		583.91	_	24.00	0.00

1	146	المام والمعام		والمستوالة والمثال			u)	l Colores	Re	elevé des hono	raires	médicaux,	param	édica	ux et ac	tes de	laboratoire		Na si			4 4	te de
	Ī										_		Elem	ont									
Transfert Numéro de case	Ц.	N° 'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	a Code on regroupement ou lettre clé	calisation dertaire	Prix unitaire	de tarification Modifi-Code cateur remb.	ation Code	Quantité coefficient ou dénombre ment	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire			Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
r z			ď		Ś	727	Po Cod				ĭ		Cateur	ехсері	, 9, 18	υŊ		Dé	obligatorio	Taux	Montant		
S 1 S 2	- 1			441700440 441705258	41 02	33 23		22/06/23 22/06/23		ADC ADA		181.26 78.08	J		1.00 1.00		193.04 78.08		193.04 78.08	100.00 100.00			
						_												Ц					
															total 3	271.12		271.12		271.12	0.00	0.00	
			FINE	SS établisseme	nt 1							N° FINESS	établis	seme	nt 2				,				
MANDATAIRE(S) B* A.P. N.C.N. CIO						N° 1,2	M/ B*		N°						MANDATAIRE(S)			N°					
1			Gu	Guichet 14144					ntre CCP ou ba	naue	e Guichet				B*			1-	u banau	À	Guichet		
Centre CCP ou banque 30047 Compte 00020955801					Cle 32						Cle				ı			Compte	ntre CCP ou banque		Cle		
Compte 00020955801 Cle 32 Compte Montant facturé par le praticien.														0.0				-	Toombre			JIG	,
N°1 S	_	N°2 POUSSET FLORENCE N°3							N'4				N°5			N°6	N°6			N°7			
/			1	1/1/2-								11.1											
ADELI 441700440			ADELL A	7. 7.16					ELL			ADELL					40511		1	ADELL			
ADELI 441700440 € 0.00				1 '				ELI			ADELI €				ADELI .€			ADELI	ADELI €		ADELI €		
·	_	T TOTAL en	eur			_	_		879.0						ıméro de facture 293409701								
											Feuillet 2 / 2												