

TIGE SA

29, place Notre-Dame

91150 ETAMPES

Tel: 01.64.94.98.00 Fax: 01.64.94.98.11

N° FINESS: 912600574

Nom de l'assuré : M. MASSON ANDRE

Date Naiss. Assuré : 16/09/1942

Date Naiss. Client : 16/09/1942

Caisse : CPAM EVRY

N° Sécu Sociale : 1 42 09 55 288 013 23

Adeli/Presc Opt : 911075752/Dr LEGRAND Nathalie

Prescripteur RPPS : 10000862531

Ordonnance : 20/06/2023

Devis d'origine : D100009810

M. MASSON ANDRE

3 RUE DES FRERES KENNEDY

91580 ETRECHY

ETAMPES, le mercredi 12 juillet 2023

Facture N°F100010831 du 12/07/2023 - Établie par Gwennoline E - FACTURE ACQUITTÉE

Code Produit	Désignation	Prix Unit. TTC (€)	Qté	Montant TTC (€)	Rbst SS 60	Rbst. Compl.
1e paire - V(L+P)						
PUF450	CVE BBGR - PAL PerfectByAA-1.60-BLU TS-SARHD RUV - 65/70 - Ecart : VL 30 inclus : SARHD RUV + Gen8 Iconic Brun + Prisme 10 + PHOTOCHROMIC TIPS : 0.05 € CODE LPP GEN : 2203948 CODE RGPT : VM2 Adresse fab: CVE BBGR 11, r. d'Argenson 75008 Paris	357,00	1	357,00	0,03	200,02
PUF450	CVE BBGR - PAL PerfectByAA-1.60-BLU TS-SARHD RUV - 65/70 - Ecart : VL 30.5 inclus : SARHD RUV + Gen8 Iconic Brun + Prisme 10 + PHOTOCHROMIC TIPS : 0.05 € CODE LPP GEN : 2230750 CODE RGPT : VM2 Adresse fab: CVE BBGR 11, r. d'Argenson 75008 Paris	357,00	1	357,00	0,03	200,02
80000009	- - PRISME +18 ANS TIPS : 3.96 € CODE LPP GEN : 2247905 CODE RGPT : SV3	0,00	1	0,00		
80000009	- - PRISME +18 ANS TIPS : 3.96 € CODE LPP GEN : 2247905 CODE RGPT : SV3	0,00	1	0,00		
1e paire				714,00	0,06	400,04

TVA 20.00 : 119,00 €

Part RO+Part RC : 400,10
Total HT (€) : 595,00
Total TTC (€) : 714,00
Net à payer (€) : **313,90**
Reste dû (€) : 0,00

Règlement	
tiers-payant SS VIR	0,06
tiers-payant mut. VIR	400,04
carte bancaire	313,90



MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023005551

Valable du 22/06/2023 au 21/07/2023

ALAIN AFFLELOU SARL TIGE

29 PL NOTRE DAME

91150 ETAMPES

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.98.41

Fax : 03.84.97.12.36

E-mail : serviceoptique@mutuelle-mmc.com

_____ **MASSON ANDRE** _____ **16/09/1942**

_____ **N043834** _____ **1420955288013 23**

_____ **912600574**

euros

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
TOTAUX			0.06	400.04

(Joindre un RIB pour un tout premier paiement). **uniquement**

- ☐ L'assuré demande la dispense d'avance de frais et le paiement direct à l'opticien pour la part remboursée par la mutuelle.



assuré social CAPON GERARD

n° de Sécurité Sociale 1 53 09 59 122 020 81

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli
ou l'application ameli pour smartphone

CPAM du HAINAUT 63, rue du Rempart - BP 60499
59321 VALENCIENNES CEDEX

M. CAPON GERARD
16 RUE MAURICE CAMIER
CIDEX 253
59268 CUVILLERS

Voici le détail des versements vous concernant pour un paiement du 05/07/2023

Ces informations n'ont pas été transmises à un organisme complémentaire. Si vous en avez un, pensez
à lui envoyer ce relevé et conserver une copie.

pour information

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour GERARD né(e) le 05/09/1953 maladie réf 9321 2318510000014				
01/07/2023	PHARMACIE (PH7 + PC)	8,22	8,22	100 %	8,22
01/07/2023	HONOR. DISPENS. (HD7 + PC)	1,02	1,02	100 %	1,02
	franchise à retenir (FRT) ⁽¹⁾				-0,50
01/07/2023	HONOR.DISPENS.REM (HDR + PC)	0,51	0,51	100 %	0,51
01/07/2023	HONOR.DISP.SPEC (HDE + PC)	3,57	3,57	100 %	3,57

réglé le 05/07/2023 au destinataire PHARMACIE BECHIEAU : 13,32 euro(s)

(1) Les participations forfaitaires et franchises constatées sur ces actes sont déduites du montant remboursé dans la partie « Vos remboursements de soins » ou le seront sur vos prochains règlements.

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

Date d'élaboration 12/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire PRAECONIS		Code PRAECO70		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70006		BP 80283 VESOUL CEDEX			
Identification de l'établissement SA CMCN POLE SANTE SUD 28 RUE DE GUETTELOUP 72016 LE MANS CEDEX 2		N° Finess 720017748 Code catégorie 129		Clé de la facture N° de Lot 316 N° de facture 234050501 N° d'entrée 2340505 N° PEC AMC		Référence à rappeler C 316 234050501 2340505		Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input type="checkbox"/>	
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30003		SA CMCN POLE SANTE SUD Guichet 03392		SOCIETE GENERALE Compte 00020413179		Clé 49			
Le bénéficiaire des soins				L'assuré(e) titulaire du contrat AMC					
Nom de naissance et prénom(s) HUMETZ MARJORIE suivi s'il y a lieu du nom d'usage HUMETZ				Nom de naissance et prénom(s) HUMETZ MARJORIE suivi s'il y a lieu du nom d'usage HUMETZ					
N° immatriculation et clé 2740962048036 58		Code organisme de rattachement 01/721		Date et rang de naissance 06/09/1974 1		N° immatriculation et clé 2740962048036 58		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte 274096204803658	
N° centre gestionnaire 1000		Date de début hospitalisation 29/06/2023		Adresse CCAS MAIRIE DE VAAS 37 RUE ANATOLE CARRE 72500 VAAS					
Entrée le 29/06/2023		Sortie le 29/06/2023							

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers <input type="checkbox"/>	Exonération forfait journalier <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, date 00/00/00
Maternité <input type="checkbox"/>	AT/MP <input type="checkbox"/>		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	DMS	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
					Du	Au						Taux	Montant		
S	S			FPV CFU	29/06/23 29/06/23	29/06/23 29/06/23	8.49 11.12	1 1	1.00 1.00	8.49 11.12	11.12	100.00	11.12	8.49	
Sous-total 1											19.61	11.12	11.12	8.49	0.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMS	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												19.61	11.12	11.12	8.49	0.00

Feuille 1 / 2

SERVICE COMPTABLE
17 JUL. 2023



MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023005154

Valable du 09/06/2023 au 08/07/2023

KRYS

**ZAC GRAY SUD
RUE DES FRERES LUMIERES**

70100 GRAY

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.98.41

Fax : 03.84.97.12.36

E-mail : serviceoptique@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 9 juin 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 : **PIGUET RITA** Né(e) le : **19/02/1955**

N° Dossier : **N149930** N° S.S. : **2550259350371 02**

Code Tiers National : **702690751**

Ce devis est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
V.c.B.C M-P.-8< Sph<0 C=<4 1	220.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver D Fort.Cor CR 1	220.00	0.05		200.00
V.c.B.C M-P.-8< Sph<0 C=<4 1	220.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver G Fort.Cor CR 1	220.00	0.05		200.00
Monture Adulte Classe B 1	120.00	0.05	0.03	0.02
Monture Opt CR T.Libre 1	120.00	0.05		99.95
TOTAUX			0.09	500.01

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

Le 27 Juin 2023
Piguet

1) COMMENT PAYER CETTE FACTURE DANS LES 30 JOURS :

-Si vous payez par virement bancaire adressé à la direction spécialisée des finances publiques pour l'AP-HP, indiquez dans sa zone de libellé le numéro de titre (15 caractères) figurant dans la rubrique « **Références à rappeler** » en haut à gauche du verso de la présente facture, faute de quoi votre paiement sera rejeté. Si vous payez plusieurs factures au moyen d'un seul virement, mentionnez dans cette zone votre numéro de compte client (6 caractères) et adressez-nous simultanément la liste de tous les numéros de titres concernés par message électronique à daphp.encaissements@dgfip.finances.gouv.fr pour que votre paiement puisse être enregistré. Nos coordonnées bancaires sont les suivantes : IBAN FR13 3000 1000 64W7 5300 0000 037 ;

-Vous pouvez aussi payer cette facture avec votre carte bancaire sur notre site internet sécurisé www.aphp.fr en cliquant l'icône "Payer en ligne" ou en flashant le QR-code imprimé, en bas à gauche, au recto, en toute simplicité, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. **L'ensemble de vos factures à payer y est consultable.** Vous trouverez en ligne les consignes à suivre ainsi qu'une foire aux questions sur ce mode de paiement déjà utilisé par des milliers de personnes chaque jour ;

-A défaut, vous pouvez enfin payer par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public à adresser par voie postale à notre centre d'encaissement des chèques de Créteil (adresse mentionnée sur le talon de paiement). Joignez impérativement le "talon de paiement", détaché en bas du recto de la présente facture, à votre chèque dans l'enveloppe retour ci-jointe, sans agrafe, sans trombone et sans aucune lettre d'accompagnement qui ne pourrait pas être traitée par ce centre.

2) AUTRES DEMARCHES POSSIBLES CONCERNANT CETTE FACTURE :

Si vous souhaitez obtenir des renseignements supplémentaires sur cette facture, après avoir consulté la documentation en ligne sur notre site Internet www.aphp.fr, complétez le formulaire en ligne, en vous munissant de la présente facture, sur notre site www.aphp.fr/formulaire/une-question.

Après sélection de "Facturation et paiement" dans le premier menu de ce formulaire, choisissez avec soin la nature de votre demande dans son second menu pour qu'elle soit transmise automatiquement à notre service compétent pour y répondre sachant qu'il est différent pour :

-Une question sur le contenu de la facture (son calcul, la prise en compte de votre couverture sociale, les soins indiqués...)

-Une question sur le paiement de la facture (les moyens de paiement, les conséquences d'un retard de paiement...)

Un courrier de contestation de facture doit être adressé directement et uniquement au service de l'AP-HP dont les coordonnées figurent en haut à gauche du verso de la présente facture ("Hôpital...").

Vous pouvez contester le présent acte en saisissant directement le Tribunal administratif s'il s'agit d'une facture de soins ou le Tribunal d'instance pour les autres factures, territorialement compétent dans un délai de deux mois suivant sa notification, conformément au 2° de l'article L.1617-5 du code général des collectivités territoriales. Par titre rendu exécutoire en application du 6° de l'article L.111-3 du code des procédures civiles d'exécution, de l'article L.252A du livre des procédures fiscales, des articles L.1617-5 et D.1617-23 du code général des collectivités territoriales et L.6145-9 et R.6145-54-4 du code de la santé publique, le détail de la somme qui vous est réclamée est le suivant :

Compte budgétaire	Code Spéc Tarif DMT / MT	Orig. Pr.	Désignation	Majo	Date	Quantité Coefficient Durée	Tarif unitaire	Marge	Montant à 100%	Taux à votre charge	Dépassement	Montant total TTC à votre charge	Taux TVA
73241211	10		APC - AVIS PONCTUEL CONSULTANT		20/06/23	1.00	55.00		55.00	30.00		16.50	
Montant total TTC à votre charge												16,50	

N : nuit ou enfant de moins de 13 ans ; F : Férié ou dimanche ; U : Urgence ;

P : Urgence pédiatre ; Z, B, C, D : Majorations de radiographies

Titre exécutoire en application de l'article L. 252A du livre des procédures fiscales, pris, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles R.2342-4 et D.3342-11 du code général des collectivités territoriales.

Page 2 / 2
N° titre : 234330259005000

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																											
Transfert	N° de client	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zon. Terr.	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre cle	Localisation dentaire	Prix unitaire	Elément de tarification		Quantité (coordonnées démultiplicateur)	Code de l'act. association	Honoraires factures	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)				
													Modif. cateur	Code rem. excep.						Taux	Montant						
on on	1			251045514	41	34	02	05/07/23		ADC		104.50	J		1.00		261.29	DA	111.29	100.00	111.29		150.00				
	2			251852125	02	34	02	05/07/23		ADA		57.55	A		1.00	1.000	180.55	DA	80.55	100.00	80.55		100.00				
				251852125	02	34	02	05/07/23		ADA		28.44			1.00	1.000	28.44		28.44	100.00	28.44						
Sous-total 3													470.28			220.28		220.28		0.00	250.00						
Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1																		N° FINESS établissement 2									
MANDATAIRE(S) N° 1,2																		MANDATAIRE(S) N°									
B* ST VINCENT HONO																		B*									
Centre CCP ou banque																		Centre CCP ou banque									
Compte																		Compte									
Montant facturé par le praticien.																											
N°1 GASSE NICOLAS				N°2 BARRANDE YOANN				N°3				N°4				N°5				N°6				N°7			
ADELI 251045514				ADELI 251852125				ADELI				ADELI				ADELI				ADELI				ADELI			
€ 0.00				€ 0.00				€				€				€				€				€			
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)												911.23 €						Rappel du numéro de facture 231839601									

L'impression du présent bordereau atteste du remplissage de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.
B* : Banque

Feuillet 2 / 2



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Loire

Mon numéro : 2 50 04 42 323 015 61

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

BOUCHETAL CARMEN

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	pour CARMEN né(e) le 04 04 50				
	maladie				
	ref 2691 2309410000518				
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
13 01 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
20 01 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
03 02 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
17 02 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
03 03 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
10 03 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
24 03 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
31 03 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	réglé au destinataire RICCA LUCIE : 145,17 euros				
	ref 3251 2313240010084				
11 05 23	HORS PARCOURS COORDONNE				
	CS GENERALISTE Sect1 (GS)	25,00	25,00	100%	25,00
	participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)				- 1,00
	réglé au destinataire MORISSON OLIVIER : 25,00 euros				
	ref 3171 2313710001066				
12 05 23	PHARMACIE (PH7)	7,90	7,90	100%	7,90
	HONOR. DISPENS. (5 HD7)	5,10	5,10	100%	5,10
	franchise à retenir (1) (5 FRT)				- 2,50
	PHARMACIE (PH7)	1,92	1,92	100%	1,92
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	1,11	1,11	100%	1,11
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. AGE (HDA)	1,58	1,58	100%	1,58
	HONOR. DISP. SPEC (HDE)	3,57	3,57	100%	3,57

réglé au destinataire GRANDE PHARMACIE DE SAINT RAMBERT : 23,73 euros



AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application des articles L.252A du LPF et L.1617-5, R.2342-4, et D.3342-11 du CGCT et L.6145-9 du code de la santé.

par M^{me} MARTY SYLVIE, DIRECTRICE

CH DE MILLAU
CH DE MILLAU
265 BD ACHILLE SOUQUES

Finess 120004528 N° Siret 26120014100016
Finess 120004569

CJ 2

N° TITRE 111573
Emis et rendu exécutoire le 06/07/2023
N° Bordereau 4336
N° Feuillet 1
Exercice 2023

RDT

12100 MILLAU
Nom PAULHAC
Nom J.F. FANDARD
Prénom SOPHIE
Né(e) le 23/08/1974
Adresse 5 RUE DU DABALADOU

12520 VERRIERES
N° IEP 820566385/07 N° IPP 110902302
Risq. 10
ENTREE: 17/04/2023

Nom PAULHAC SOPHIE
NN 274089401710044 Ben.
ORG. 011210002 N° Mutualiste

TRESORERIE PRINCIPALE
250 AV DE VERDUN
12108 MILLAU CEDEX

MMC PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

Prestations

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	REALISAT
170423	SOINS INFIRMIERS	AMI 1,50	3,15		40	1,89	999999113
170423	ACTES DE BIOLOGIE	9005 17,00	0,26				39
170423	ACTES DE BIOLOGIE	0522 9,00	0,26				39
170423	ACTES DE BIOLOGIE	0519 5,00	0,26				39
170423	ACTES DE BIOLOGIE	0514 5,00	0,26				39
170423	ACTES DE BIOLOGIE	9105 5,00	0,26				39
170423	ACTES DE BIOLOGIE	1104 20,00	0,26				39
170423	ACTES DE BIOLOGIE (CUMUL)	61,00	0,26		40	6,34	39

SERVICE COMPTABLE LF
17 JUL. 2023

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC CREDI ET VENDREDI DE 8H00 A 17H00

Téléphone 0565595711 BDF MILLAU F1230000 3000100536 F123000000021
BDF FR233000100536 F123000000021 BIC BDFEFRPPCCT

POUR VOTRE REMBOURSEMENT: AVIS A CONSERVER ET A JOINDRE A L'ATTESTATION
QUI VOUS SERA ADRESSEE APRES PAIEMENT

€
Acompte
€
A PAYER

TALON DE PAIEMENT

MMC PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

CH DE MILLAU

Pour les modalités de
paiement se reporter
au verso du présent avis

Références: HTR - n° codique 12049
étab 83 exercice 2023
n° entrée 820566385
n° titre 230111573083000

IDENTIFICATION

PC. 12049
* E *
CH. 054 070
EXC. 2023
DOS. 820566385
TIT. 111573

Montant 8,23 Euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

TRESORERIE PRINCIPALE
250 AV DE VERDUN
12108 MILLAU CEDEX

montant en euros

Montant: 8,23 €

00000083234

920033000142 74001115738205663850120492973806

823

De: "Optiq Danjoutin" <optiq-ronchamp@orange.fr>
Date: jeudi 13 juillet 2023 16:07
A: "Service Optique MMC" <serviceoptique@mutuelle-mmc.com>
Objet: DEMANDE DE REGLEMENT OPTIQUE

Bonjour,

Ci-joint la facture à régler directement à l'opticien,

Cordialement,

OPTIQ RONCHAMP

3 rue du Plain

70250 RONCHAMP

Tél : 0384200330

Mail : optiq-ronchamp@orange.fr