

## **RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte

**CR CHARENTE MARITIME DEUX SEVRES**  
**AGENCE ENTREPRISES LA ROCHELLE**  
Tel. 0546281040 Fax. 0546415552

**Intitulé du compte**

08/02/2021  
00534

SARL OPTIQUE DES TRENTÉ  
TRENTÉ ORMEAUX TIERS PAYANT  
CENTRE COMMERCIALE E LECLERC  
580 AVENUE DE PARIS  
79000 NIORT

**Domiciliation**

**Code banque**  
11706  
**Code guichet**  
11020  
**Numéro de compte**  
51592380002

**IBAN**

**Clé RIB**  
68  
**Code BIC (Bank identification code) - code SWIFT**  
FR76 1170 6110 2051 5923 8000 268

AGRIFRPP817

**Dr Marie-Christine FOLACCI-GENEVOIS**

MÉDECINE GÉNÉRALE  
Homéopathie  
DU Phyto-aromathérapie  
DIU Micronutrition - Alimentation Santé  
21 Place Saint-Michel, 21000 Dijon  
Tél: 0380667230  
Email : dr.mcfolacci@orange.fr  
MC.FOLACCI-GENEVOIS@medical21.apicrypt.org

N° AM :



211031826

N° RPPS :



10002152600

**SERVICE COURRIER LE  
10 JUIL. 2023**

Le 29 juin 2023

**Mme Marie France BARTHELLEMY**  
Né(e) le 27/12/1942

Document destiné à votre mutuelle.

Je soussignée, Docteur Marie-Christine FOLACCI-GENEVOIS, atteste avoir perçu la somme de 55 euros en règlement de la prestation de soins en homéopathie pour Mme BARTHELLEMY Marie France.  
Numéro de sécurité sociale : 242128817100133.

Le montant de ces honoraires se répartit de la façon suivante:

- 25 euros en règlement d'une consultation cotée G, et faisant l'objet de la délivrance d'une feuille de soins électronique pour remboursement

- par la caisse d'assurance-maladie ( Sécurité sociale ) d'une part,
- et éventuellement par une mutuelle ou assurance complémentaire , d'autre part.

- 30 euros en règlement d'une prestation de santé non remboursable par la caisse d'assurance maladie mais pouvant être prise en charge en fonction du contrat souscrit auprès d'une mutuelle ou d'une assurance complémentaire.

Fait à Dijon, le 29/06/2023

\* Conformément à " l'article 4.1.1.3. concernant la facturation des honoraires de la Convention médicale du 11 février 2005 :

Dans les situations où le médecin réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support ad hoc."

Membre d'une association de gestion agréée. Le règlement des honoraires par chèque ou carte bancaire est accepté.  
En cas d'urgence, contacter le 15.

Céline PARIS  
OSTEOPATHE D.O. MROF  
70 Ter avenue du drapeau  
21000 DIJON  
03 80 72 57 98

~~SERVICE COURRIER~~  
10 JUIL. 2023

BARTHELEMY Marie

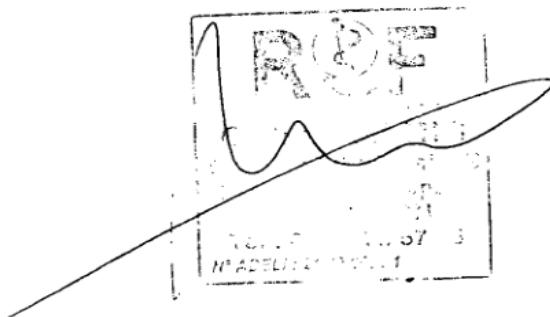
## Facture

N° 20230317490 du 02/06/2023

Ostéopathe : PARIS Céline (N° ADELI : 210000311)  
Facture destinée à : BARTHELEMY Marie

Désignation	Montant
Ostéopathie - Consultation de BARTHELEMY Marie le 02/06/2023	50,00 €
<b>TOTAL</b>	<b>50,00 €</b>

PAYÉ



Membre d'une association agréée- le règlement des honoraires par chèques est accepté

Restons en contact !

Mon adresse est-elle à jour ? Mettez facilement à jour vos coordonnées sur l'espace adhérent !

<b>mmc</b>	6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL Tél. : 03 84 75 16 44	Télétransmission Hors Sésam-Vitale Code télétransmission 70M000854	Période de validité: DU: 01/01/2023 AU: 31/12/2023 N° AMC : 778542852 N° Adhérent : N112337 Typ Conv : OC, CSR :		
Mutuelle soumise au livre II du code de la Mutualité					
<b>BÉNÉFICIAIRES : NOM / PRÉNOM</b> QUALITÉ / DATE DE NAISSANCE / N° SECURITÉ SOCIALE / RÉGIME / PRODUIT <b>BARTHELLEMY MARIE FRANCE</b> A 27/12/1942 2421288171001 33 AS CF				<b>GARANTIES OUVRANT DROIT AU TIERS PAYANT RÉGIME OBLIGATOIRE INCLUS*</b> HOSP LARA PHAR COSL EXTE AUXM TRAN DENT OPAU (1) OUI (2) OUI OUI OUI OUI (1) (1)	
(1) Sous réserve de la délivrance d'une prise en charge (2) Vignettes 15% prises en charge R: Contrat Responsable					Téléconsultation incluse 24h/24 7j/7 - second avis médical : 01 55 92 42 60 Accédez à votre espace adhérent sur <a href="http://mawebmutuelle.fr">mawebmutuelle.fr</a>
<a href="http://WWW.MUTUELLE-MMC.COM">WWW.MUTUELLE-MMC.COM</a>					<b>* LES TAUX S'APPLIQUENT AU TARIF DE RESPONSABILITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>

**MMC, 6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex**

SERVICE COURRIER I F  
10 JUIL. 2023

**De:** "alain.afflelou1@club-internet.fr" <alain.afflelou1@club-internet.fr>  
**Date:** vendredi 14 juillet 2023 09:36  
**A:** "Service Optique MMC" <serviceoptique@mutuelle-mmc.com>  
**Objet:** facturation

Bonjour

Veuillez trouver ci joint les documents nécessaires à la facturation et au paiement du dossier. Données Mutuelles  
Adhérent n° : P059261

Cordialement

Fanny

.



**GROUPE  
HOSPITALIER**  
de la HAUTE-SAÔNE

GESS : 700000029



## SERVICE D'OPHTALMOLOGIE

Secrétariat :

Tel : 03.84.96.69.19

Cadre de santé : Mme E.CHABERT

Fax : 03.84.96.29.58

Mail : [soph@gh70.fr](mailto:soph@gh70.fr)

Prise de rdv : [rdv.oph@gh70.fr](mailto:rdv.oph@gh70.fr)

**Chef de Service :**

Dr P. AURY

**Assistants**

**hospitaliers :**

Dr Z. HAFFANE

**Médecins Attachés :**

Dr M. FRELET

Dr M. ABDELAOUI

Dr C. MOUREAUX

Vesoul, le jeudi 04 mai 2023

### Ahmed ABDA

Monture et verres correcteurs :

Œil droit : +0.75 (-0.75) à 120°, Addition +2.75

Œil gauche : +0.25 (-0.75) à 100°, Addition +2.75

EIP : 57

(Mesure effectuée automatiquement par un appareil lors de la réfraction. Ne dispense pas de la réalisation d'un centrage de verre effectué par un opticien diplômé)



Zakarya HAFFANE  
10108124131



70000 PUSEY

Téléphone : 03.84.75.09.55 Fax : 03.84.75.58.10

@ Mail : alain.afflelou1@club-internet.fr

Identifiant :702680299

Assuré(e) social(e) : ABDA AHMED	
Né(e) le : 19/01/1949	
N° Sécurité Sociale : 1490199354926	30
% Remb sécu. :	60%
Caisse Primaire :	
Médecin : CHI VESOUL 0	
Date d'ordonnance : 04/05/2023	Id .Médecin : 70000002 9
Vision : Progressifs	
Référence du devis :	26951 du 06/07/2023

ABDA AHMED 88 AV DES REPES	
70000	VESOUL
FACTURE 49080	Du : 14/07/2023
Demi écarts	Vision de loin
Oeil droit	29.00
Oeil gauche	27.00
	30.00
	28.00

Tous les montants sont en Euros	Code Prestation	P.U Brut	Remise	P.U Net	Qté.	Total	Base Sc.Scial.	Remb. Sc.Scial.	Remb. Complir.
		TTC	Hors Taxe	TTC	Hors Taxe	T.T.C			
Monture RAY BAN RX7211 2012 50/19 464370123	M03	147.00	22.05	124.95	1.00	124.95	0.05	0.03	60.06
		Tva : 20.00		122.50		104.13			
				122.50		104.13			
O.D Infor HD M 1.54 CM3 GY SP+2 65.70 CVE Rodenstock SP Plus2 / ColorMatic	VM2	255.00	25.50	229.50	1.00	229.50	0.05	0.03	200.00
		Tva : 20.00		212.50		191.25			
				212.50		191.25			
O.G Infor HD M 1.54 CM3 GY SP+2 65.70 CVE Rodenstock SP Plus2 / ColorMatic	VM2	255.00	25.50	229.50	1.00	229.50	0.05	0.03	200.00
		Tva : 20.00		212.50		191.25			
				212.50		191.25			

**FACTURE ACQUITTEE**

Dont T.V.A	H.T	T.V.A	T.T.C
Code 4 : Taux 20.00 %	486.63	97.33	583.95

Total T.T.C (Montant en EUROS)	583.95
T.P Régime Obligatoire	0.09
T.P Régimes Complémentaires	460.06
Net à Payer (Montant en EUROS)	123.80

Mutuelle	Reference Prise en Charge	N° Adherent	N° Contrat
MMC		P059261	

	Montant	Echéance
CB 4326 - ABDA AHMED	123.80	14/07/2023

**Conditions de Garantie****- MONTURES :**

1ère paire : 2 ans contre la casse avec 1 SAV gratuit puis une franchise de 15€ pour les suivants.

2ème paire : 2 ans, avec une franchise de 6€ pour les frais de port.

**-VERRES :**

Progressifs : 3 mois contre toute inadaptation

Casse, félure, rayures : garantie 1 an avec une franchise de 40% du prix du verre

**-100% SANTÉ :**

2 ans avec forfait de 6€ pour tout SAV, puis 15€ pour les suivants.

Aucune offre commerciale dans ce cadre.

**Offre Commerciale****TCHIN TCHIN :**

Deuxième paire pour 1€ supplémentaire hors options.

Une offre de base ALIBI existe pour un montant de 99 euros en verres unifocaux et 199 euros en verres progressifs (Monture ALIBI + Verres)

Options de l'offre commerciale : des suppléments vous seront demandés pour des options sur les paires supplémentaires (teintes, antireflet)

**HORS 100% SANTÉ****Conditions d'entretien**

Ne pas nettoyer sans lingettes humides

Ne pas utiliser de papier type sopalin

Eviter de laisser votre équipement optique dans votre voiture (attention au pare-brise)

**Délai de livraison**

30 jours à partir de l'acceptation du devis

**Certification**

Votre magasin est certifié par VERITAS OPTICER 230

**Conditions d'annulation en cas de retard de livraison**

En cas de dépassement du délai de livraison, non dû à un cas de force majeure ou une erreur commise par l'acheteur, ce dernier devra enjoindre le vendeur par LRAR d'effectuer la livraison dans un délai supplémentaire raisonnable. En cas de défaut de livraison durant ce nouveau délai, l'acheteur pourra exercer son droit de dénonciation de sa commande par LRAR et obtenir restitution des sommes versées, à l'exclusion de tous dommages-intérêts.



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

**DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023006042**

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

**ALAIN AFFLELOU**

**CCAL LECLERC**

**70000 PUSEY**

**CONTACT**

Ligne Directe : 03.84.75.98.41

Fax : 03.84.97.12.36

E-mail : serviceoptique@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 7 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 : ABDA AHMED Né(e) le : 19/01/1949**

**N° Dossier : P059261 N° S.S. : 1490199354926 30**

**Code Tiers National : 702680299**

Ce devis est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
V.cB.C M-P.-8< Sph<0 C=<4 1	229.50	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver D Fort.Cor CR 1	229.50	0.05		229.45
V.cB.C M-P.-8< Sph<0 C=<4 1	229.50	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver G Fort.Cor CR 1	229.50	0.05		229.45
Monture Adulte Classe B 1	124.95	0.05	0.03	0.02
Monture Opt Forte Cor CR 1	124.95	0.05		1.10
<b>TOTAUX</b>			<b>0.09</b>	<b>460.06</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

**De:** "ALAIN AFFLELOU" <rebecoptik@hotmail.fr>  
**Date:** vendredi 14 juillet 2023 14:07  
**A:** "Service Optique Praeconis" <service.optique@praeconis.fr>  
**Objet:** remboursement pec optique

*Bonjour, merci de procéder au règlement de ce dossier*

Cordialement,



**Retrouvez-nous sur**  
■ ■ ■ ■ ■  
[www.affelou.com](http://www.affelou.com)

ALAIN AFFLELOU CHAMBLY  
Rue François Truffaut  
C.C. Les Portes de l'Oise  
60230 CHAMBLY  
Tel. : 01 30 28 25 71  
Fax. : 01 30 28 25 69

\*Catégorie Opticien - étude BVA Group - Viséo CI - mai à juillet 2019 - Plus d'infos sur [esccda.fr](http://esccda.fr)

Ce message et les pièces jointes sont confidentiels et établis à l'attention exclusive de ses destinataires. Toute utilisation ou diffusion, même partielle non autorisée est interdite. Si vous n'êtes pas le destinataire de ce message, merci de le détruire et d'avertir l'expéditeur.

This message and any attachments are confidential and intended solely for the addressees. Any unauthorized use or disclosure, either whole or partial is prohibited. If you are not the intended recipient of this message, please delete it and notify the sender.