

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

HOPITAL
BENEFICIAIRE
ASSURÉ
OBS.

CHI nord ARDENNES
CH CHARLEVILLE MEZIERES
45 AV MANCHESTER BP 10900

par Mr TALEC THOMAS, DIRECTEUR GENERAL

Fines 080011174 N° Siret 20009020700016
Fines 080000425

P1 1513

| | |
|-----------------------------|----------|
| N° TITRE | 154712 |
| Emis et rendu exécutoire le | /07/2023 |
| N° Bordereau | 10520 |
| N° Feuillet | 1 |
| Exercice | 023 |

RDT

08011 CHARLEVILLE-MEZIERES
Nom WARSEE
Nom J.F. MARLOT
Prénom LUCIE
Né(e) le 24/04/1938
Adresse 7 RUE DE LA PONTAINE

LE SERVICE PATIENTELE DU POLE 1 AU 0324587504
OU MAIL BDEP14@ch-nord-ardennes.fr

EXP.

TRESORIER DES ETAB. HOSP
41 AVENUE DE MANCHESTER
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

Destinataire

MMC PRAECONIS PREVALOIS
6 R PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX

08320 AUBRIVES
N° IEP 412880975/011 N° IPP 020108000
Risque 8

ENTREE: 19/04/2023

Nom WARSEE LUCIE
NN 238040252600118 Ben
ORG. 010810000 N° Mutualiste

Prestations

| DATE | DESIGNATION | NOMBRE | TARIF | TARIF DE RESPONSABILITÉ | TAUX | A VOTRE CHARGE | PREST. DE |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------|-------|-------------------------|------|----------------|-------------|
| 190423 | Forfait Patient Urgence Minoré FPV | 1,00 | 8,49 | | 100 | 8,49 | 10-402 6009 |
| SERVICE COMPTABLE 17 JUL. 2023 | | | | | | | 8,49 |
| | | | | | | | € |
| | | | | | | | 8,49 |

RENSEIGNEMENTS TRÉSOR PUBLIC

9H-11H30 * 13H30-16H00 FERME LE SAMEDI TRESORERIE ETS HOSP 41 AVN MANCHESTER 08000

Téléphone 0324587141 BDF BDF C0810000 RIB 3000100534 C0810000 00077

IBAN FR383000100534 C0810000 00077 BIC BDFEFRPPCCT

TRESORERIE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE CHARLEVILLE-MEZIERES

JOINDRE LE TALON CI-DESSOUS A VOTRE REGLEMENT, LA QUITTANCE VOUS SERA ENVOYEE

Pour les modalités de
paiement se reporter
au verso du présent avis
Débiteur: 469887

TALON DE PAIEMENT à joindre à votre paiement

MMC PRAECONIS PREVALOIS
6 R PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX

999063
CHI nord ARDENNES

€

IDENTIFICATION

PC. 008011

* E *

CH. 074 011

EXC.2023

DOS.412880975

TIT. 154712

Références HTR - n° codique 008011
étab 99 exercice 2023

n° entrée 412880975
n° titre 230154712099000

Montant 8,49 Euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

TRESORIER DES ETAB. HOSP
41 AVENUE DE MANCHESTER
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

montant en euros

Montant : 8,49 €

000000099230

999063000195 24001547124128809750080112983806

849

COMMENT PAYER VOTRE FACTURE ? (payable à réception)

• PAR INTERNET

- Réglez votre facture 24h/24 et 7j/7 en toute simplicité et sécurité sur le site internet de l'établissement - <https://www.hopitaux-nord-ardennes.fr> - **Espace ViaPatient** - **Païement en ligne.**

• PAR CHEQUE

- Adressez votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du **TRESOR PUBLIC**, au centre d'encaissement avec le talon de paiement dans l'enveloppe à fenêtre ci-jointe. N'adressez aucun autre document au Centre d'encaissement.

• PAR VIREMENT BANCAIRE

- En rappelant les références du titre portées en haut à droite du présent avis établi à l'ordre du **TRESOR PUBLIC** (références bancaires figurant au verso).

• PAR CARTE BANCAIRE

- Auprès du **TRESOR PUBLIC** et des buralistes agréés.

• EN ESPECES

- Auprès des buralistes agréés dans la limite de 300 €.

Vous avez des difficultés pour payer la somme qui vous est réclamée ?

Adressez-vous au Trésor Public, muni des justificatifs de votre situation. Il est possible de mettre en place un échancier.

Vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou l'avis de sommes à payer reçu ?

Adressez-vous au service Patientèle compétent précisé en haut du présent avis.

Voies de recours :

Article L6145-9 du code de la Santé Publique et article L1617-5 du code général des collectivités territoriales. Dans le délai de deux mois suivant la réception du présent document, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif compétent.

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

HOPITAL
BENEFICIAIRE
ASSURE
OBS.

CHI nord ARDENNES
CH CHARLEVILLE MEZIERES
45 AV MANCHESTER BP 10900

par Mr TALEC THOMAS, DIRECTEUR GENERAL

Finess 080011174 N° Siret 20009020700016
Finess 080000425

P1 1514

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS APPELER

08011 CHARLEVILLE-MEZIERES
Nom LEROI
Prénom REMY
Né(e) le 05/03/1967
Adresse 18 RUE DE L ECOLE

LE SERVICE PATIENTELE DU POLE 1 AU 0324587504
OU MAIL BDEP14@ch-nord-ardennes.fr

EXP.

TRESORIER DES ETAB. HOSP
41 AVENUE DE MANCHESTER
08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

Destinataire

MMC PRAECONIS PREVALOIS
6 R PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX

| | |
|-----------------------------|----------|
| N° TITRE | 154713 |
| Emis et rendu exécutoire le | /07/2023 |
| N° Bordereau | 10520 |
| N° Feuillet | 1 |
| Exercice | 023 |
| RDT | |

08160 CHALANDRY ELAIRE
N° IEP 412903334/011 N° IPP 010961840
Risque

ENTREE: 23/04/2023

Nom LEROI REMY
NN 167030810501626 Ben
ORG. 010810000 N° Mutualiste

Prestations

| DATE | DESIGNATION | NOMBRE | TARIF | TARIF DE RESPONSABILITE | TAUX | A VOTRE CHARGE | |
|--------|-----------------------------|--------|-------|-------------------------|------|----------------|-------------|
| 230423 | Forfait Patient Urgence FPU | 1,00 | 19,61 | | 100 | 19,61 | 10-402 6009 |

SERVICE COMPTABLE
17 JUL. 2023

RENSEIGNEMENTS TRÉSOR PUBLIC

9H-11H30 * 13H30-16H00 FERME LE SAMEDI TRESORERIE ETS HOSP 41 AVN MANCHESTER 08000

Téléphone 0324587141 BDF BDF C0810000 RIB 30001 00534 C0810000 00077

IBAN FR383000100534C081000000077 BIC BDFEFRPPCCT

TRESORERIE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE CHARLEVILLE-MEZIERES

JOINDRE LE TALON CI-DESSOUS A VOTRE REGLEMENT, LA QUITTANCE VOUS SERA ENVOYEE

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

Débiteur: 469887

IDENTIFICATION

PC. 008011

* E *

CH. 074 011

EXC.2023

DOS.412903334

TIT. 154713

Références HTR - n° codique 008011
étab 99 exercice 2023

n° entrée 412903334
n° titre 230154713099000

Montant 19,61 Euros

Ne rien inscrire sous ce trait - ne pas plier

Montant : 19,61 €

000000099230

999063000195 73001547134129033340080112986806

1961

Quittance

| | | |
|-------|-------|-----------|
| CHARL | 19,61 | € |
| | | € compte |
| | 19,61 | € A PAYER |

MMC PRAECONIS PREVALOIS
6 R PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX

999063
CHI nord ARDENNES

€

montant en euros

COMMENT PAYER VOTRE FACTURE ? (payable à réception)

• PAR INTERNET

- Réglez votre facture 24h/24 et 7j/7 en toute simplicité et sécurité sur le site internet de l'établissement - <https://www.hopitaux-nord-ardennes.fr> - **Espace ViaPatient**
- **Païement en ligne.**

• PAR CHEQUE

- Adressez votre chèque bancaire ou postal à l'ordre du **TRESOR PUBLIC**, au centre d'encaissement avec le talon de paiement dans l'enveloppe à fenêtre ci-jointe. N'adressez aucun autre document au Centre d'encaissement.

• PAR VIREMENT BANCAIRE

- En rappelant les références du titre portées en haut à droite du présent avis établi à l'ordre du **TRESOR PUBLIC** (références bancaires figurant au verso).

• PAR CARTE BANCAIRE

- Auprès du **TRESOR PUBLIC** et des buralistes agréés.

• EN ESPECES

- Auprès des buralistes agréés dans la limite de 300 €.

Vous avez des difficultés pour payer la somme qui vous est réclamée ?

Adressez-vous au Trésor Public, muni des justificatifs de votre situation. Il est possible de mettre en place un échancier.

Vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou l'avis de sommes à payer reçu ?

Adressez-vous au service Patientèle compétent précisé en haut du présent avis.

Voies de recours :

Article L6145-9 du code de la Santé Publique et article L1617-5 du code général des collectivités territoriales. Dans le délai de deux mois suivant la réception du présent document, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif compétent.

AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application de l'article L.252 A du livre des procédures fiscales, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles L.1617-5, D.1617-23, R.2342-4, R.3342-8-1 et R.4341-4 du code général des collectivités territoriales. Ordonnateur : L'ORDONNATEUR - LE DIRECTEUR D. CHEVEAU

| | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|-------------|---|-------------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------|--|
| C.H. EMILE DURKHEIM | | EPINAL | | 880007059 | | N° de titre | | H 23- 0110825 | |
| Etablissement | | N°Siren 200029445 | | Ville | | Matricule | | 098000 | |
| P A T I E N T | N° Entrée | 223062642 | | Etab.CH E.DURKHEIM PLATEAU DE LA | | 880000021 | | N°Siret | |
| | Nom usuel | MASSON/ELISABETH | | Né(e) le | | 24/03/1953 | | 20002944500109 | |
| | Nom Nais | MASSON | | A NANCY | | | | Bordereau | |
| | ENTRE(E) | 25/05/2023 08 H 31 | | SORTI(E) | | 25/05/2023 14 H 31 | | N° Feuille | |
| | ADRESSE | 12 RUE DU 5 SEPTEMBRE 1944 | | | | | | 1 | |
| | 88600 | CHAMP LE DUC | | | | | | Exercice | |
| | | | | | | | | 2023 | |
| | | | | | | | | RDT | |
| | | | | | | | | Assuré | |
| | | | | | | | | Nom | |
| | | | | | | | | Ben. 01 | |
| | | | | | | | | N° 2530354395258 81 | |
| | | | | | | | | Org. 01881000 | |
| Obser. | Consultation externe - Patient : MASSON/ELISABETH - RISQUE : 10 CG : 11 | | | | | | | | |
| | Facturation du 25/05/2023 au 25/05/2023 | | | | | | | | |
| | N° mutualiste 2530354395258 81 | | | | | | | | |
| | Mdc.Trt ZONCA (A) BERANGERE | | | | | | | | |
| | Parcours de soinOrienté par méd. trait. | | | | | | | | |
| DÉSIGNATION | | Tx TVA. | NBRE | TARIF | BASE REMBOURSEMENT | TAUX | A VOTRE CHARGE | | |
| 250523 | DR DUVAL VERONIQUE 999676824 | | | | | | | | |
| | 30 LABORATOIRE MEDICAL | | | | | | | | |
| | 1 B 66 | | 66 | 0,26 | 17,16 | 40 | 6,86 | DMT: 000 MT: 00 | |
| | TOTAL AUTRES PRESTATIONS | | | | | | 6,86 | | |

SERVICE COURRIER LE
.17 JUL. 2023

TTC 6,86

INFORMATIONS

ORDONNATEUR:DIRECTEUR D. CHEVEAU
2 AVENUE ROBERT SCHUMAN BP 590 88021 EPINAL CEDEX
DU LUNDI AU VENDREDI : 9H-12H/13H-17H AU 03.29.68.15.87
JUSTIFICATIFS A ENVOYER PAR COURRIER

Quittances à
déduire

A PAYER

6,86 €

Renseignements Trésor public

Banque BDF EPINAL
IBAN FR893000100372D887000000079 BIC BDFEFRPPCCT
Adresse TRESORERIE GESTION HOSPITALIERE
1 RUE DU DOCTEUR LAFLOTTE BP 41097
Heures d'ouverture :
8H45-12H/13H30-16H15 SAUF MER/VEN AP-
88060 EPINAL CEDEX 9 Téléphone : 03.29.69.22.70

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

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

IDENTIFICATION

PC: 088022
CH: 98
ET: 72
Ex: 2023
Dossier 223062642
Titre : 23 0110825
098000
Mt: 6,86 €

TALON DE PAIEMENT

à joindre à votre chèque

Références : Hélios - N° Codique 088022
Etab. 72 Exer. 2023

N° Entrée 223062642
N° Titre 0110825

Montant en euros: 6,86

PRAECONIS PREVALOIS MMC

6 RUE PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX

C.H. EMILE DURKHEIM

★

TRESORERIE GESTION HOSPITALIERE
1 RUE DU DOCTEUR LAFLOTTE BP 41097

88060 EPINAL CEDEX 9

Ne rien inscrire sous ce trait - Ne pas plier

000000098231

850033000159 53100001108250000010880225982806

686

€

RENSEIGNEMENTS PAIEMENT

Cette facture est payable à réception.

- Par chèque bancaire, en Euros, à l'ordre du Trésor Public. Joignez le talon de paiement non signé. Adressez l'ensemble à l'adresse indiquée au recto dans une enveloppe dûment affranchie. Utiliser l'enveloppe à fenêtre si elle est fournie.

Ne pas plier. N'utiliser ni adhésif, ni trombone, ni agrafe.

Ne joignez aucun autre document à votre règlement.

- Par virement bancaire ou postal en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut et à droite du présent avis établi à l'ordre du Trésor Public aux références bancaires figurant au recto.

- En espèces (dans la limite de 300€) ou en carte bancaire, muni du présent avis, auprès d'un buraliste ou partenaire agréé (liste consultable sur le site www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite).

PRAECONIS PREVALOIS MMC VESOUL
6 RUE PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX
FRANCE

Le paiement en numéraire est plafonné à 300 € depuis le 1er janvier 2014 (art. 19 de la loi 2013-1279 du 29 déc. 2013).

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

Si vous avez des difficultés pour payer des sommes dues, présentez-vous chez le Receveur du Centre Hospitalier en vous munissant du présent avis et des justificatifs de vos revenus, ou écrivez en rappelant les références suivantes : Exercice et Numéro de Titre.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL.

RENSEIGNEMENTS HOPITAL

Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous à l'hôpital (Bureau des Entrées de l'Etablissement désigné au recto du présent avis).

Article L 6145-9 du code de la santé publique et article L 1617-5 du code général des collectivités territoriales.

Voies de recours :

Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent avis, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif compétent.

AVIS DES SOMMES A PAYER

Titre exécutoire en application de l'article L.252 A du livre des procédures fiscales, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles L.1617-5, D.1617-23, R.2342-4, R.3342-8-1 et R.4341-4 du code général des collectivités territoriales. Ordonnateur : L'ORDONNATEUR - LE DIRECTEUR D. CHEVEAU

| C.H. EMILE DURKHEIM | | EPINAL | | 880007059 | | N° de titre H 23- 0110824 | | |
|--|--|---------------------------------|---|------------------|------------------------------|---|------------------------------------|--|
| Etablissement N°Siren 200029445 | | Ville | | Matricule | | 098000 | | |
| P A T I E N T | N° Entrée 123084073 | | Etab.CH E.DURKHEIM PLATEAU DE LA | | 880000021 | | N°Siret | |
| | Nom usuel IDOINE/YANNICK | | Né(e) le 15/04/1938 | | 20002944500109 | | Emis et rendu exécutoire le | |
| | Nom Nais IDOINE | | A REMIREMONT | | | | Bordereau | |
| | ENTRE(E) 26/05/2023 13 H 00 | | SORTI(E) 26/05/2023 19 H 00 | | | | N° Feuillet | |
| | Depuis son domicile | | | | | | Exercice | |
| ADRESSE | 25 RUE PEUXY | | | | | | RDT | |
| | 88200 SAINT NABORD | | | | | | | |
| Assuré | Nom IDOINE/YANNICK | | | | | | | |
| | Ben. 01 | | N° 1380488383012 85 | | | | | |
| | | Org. 01881000 | | | | | | |
| Obser. | Consultation externe - Patient : IDOINE/YANNICK - Facturation | | | | RISQUE : 18 CG : 11 | | | |
| | du 26/05/2023 au 26/05/2023 | | | | N° mutualiste N156110 | | | |
| | | Mdc.Trt CAPRON (A) HERVE | | | | Parcours de soin Orienté par méd. trait. | | |
| DÉSIGNATION | | Tx TVA. | NBRE | TARIF | BASE REMBOURSEMENT | TAUX | A VOTRE CHARGE | |
| | KARAM YASSER 881003255 | | | | | | | |
| | 41 CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE | | | | | | | |
| 260523 | ADC PU: 28,80 | | | 14,40 | 14,40 | 30 | 4,32 DMT: 000 MT: 00 | |
| 260523 | ATM PU: 30,82 | | | 30,82 | 30,82 | 30 | 9,25 DMT: 000 MT: 00 | |
| 260523 | 1 FSD | | 1 | 40,00 | 40,00 | 30 | 12,00 DMT: 000 MT: 00 | |
| | TOTAL AUTRES PRESTATIONS | | | | | | 25,57 | |
| | | | | | | TTC | 25,57 | |

SERVICE COUPPLER LE
17 JUL. 2023

INFORMATIONS

ORDONNATEUR:DIRECTEUR D. CHEVEAU
2 AVENUE ROBERT SCHUMAN BP 590 88021 EPINAL CEDEX
DU LUNDI AU VENDREDI : 9H-12H/13H-17H AU 03.29.68.15.87
JUSTIFICATIFS A ENVOYER PAR COURRIER

Quittances à
déduire

A PAYER

25,57 €

Renseignements Trésor public

Banque BDF EPINAL
IBAN FR8930001003720887000000079 BIC BDFEFRPPCCT
Adresse TRESORERIE GESTION HOSPITALIERE
1 RUE DU DOCTEUR LAFLOTTE BP 41097
Heures d'ouverture :
8H45-12H/13H30-16H15 SAUF MER/VEN AP-
88060 EPINAL CEDEX 9 Téléphone : 03.29.69.22.70

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

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

IDENTIFICATION

PC: 088022
CH: 98
ET: 72
Ex: 2023
Dossier 123084073
Titre : 23 0110824
098000
Mt: 25,57 €

TALON DE PAIEMENT

à joindre à votre chèque

Références : Hélios - N° Codique 088022
Etab. 72 Exer. 2023

N° Entrée 123084073
N° Titre 0110824

Montant en euros: 25,57

PRAECONIS PREVALOIS MMC
6 RUE PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX

C.H. EMILE DURKHEIM

★

TRESORERIE GESTION HOSPITALIERE
1 RUE DU DOCTEUR LAFLOTTE BP 41097

88060 EPINAL CEDEX 9

Ne rien inscrire sous ce trait - Ne pas plier

000000098231

850033000159 38100001108240000010880225982806

2557



€

RENSEIGNEMENTS PAIEMENT

Cette facture est payable à réception.

- Par chèque bancaire, en Euros, à l'ordre du Trésor Public. Joignez le talon de paiement non signé. Adressez l'ensemble à l'adresse indiquée au recto dans une enveloppe dûment affranchie. Utiliser l'enveloppe à fenêtre si elle est fournie.

Ne pas plier. N'utiliser ni adhésif, ni trombone, ni agrafe.

Ne joignez aucun autre document à votre règlement.

- Par virement bancaire ou postal en rappelant obligatoirement dans la zone correspondante les références du titre portées en haut et à droite du présent avis établi à l'ordre du Trésor Public aux références bancaires figurant au recto.

- En espèces (dans la limite de 300€) ou en carte bancaire, muni du présent avis, auprès d'un buraliste ou partenaire agréé (liste consultable sur le site www.impots.gouv.fr/portail/paiement-de-proximite).

PRAECONIS PREVALOIS MMC VESOUL
6 RUE PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX
FRANCE

Le paiement en numéraire est plafonné à 300 € depuis le 1er janvier 2014 (art. 19 de la loi 2013-1279 du 29 déc. 2013).

RENSEIGNEMENTS TRESOR PUBLIC

Si vous avez des difficultés pour payer des sommes dues, présentez-vous chez le Receveur du Centre Hospitalier en vous munissant du présent avis et des justificatifs de vos revenus, ou écrivez en rappelant les références suivantes : Exercice et Numéro de Titre.

AFFRANCHIR TOUTE CORRESPONDANCE AVEC LA TRESORERIE OU L'HOPITAL.

RENSEIGNEMENTS HOPITAL

Si vous souhaitez des renseignements sur le décompte ou la mise à votre charge des sommes dues, adressez-vous à l'hôpital (Bureau des Entrées de l'Etablissement désigné au recto du présent avis).

Article L 6145-9 du code de la santé publique et article L 1617-5 du code général des collectivités territoriales.

Voies de recours :

Dans un délai de deux mois suivant la réception du présent avis, vous pouvez contester la somme mentionnée au recto en saisissant le tribunal administratif compétent.

De: "Optic2000 L'Isle-sur-le-Doubs" <lisesurledoubs@optic2000.com>
Date: samedi 15 juillet 2023 14:23
A: "Service Optique MMC" <serviceoptique@mutuelle-mmc.com>
Objet: DEMANDE DE REGLEMENT

Bonjour,

Veillez trouver ci-joint l'accord de prise en charge, la facture et l'ordonnance de Mr GAY Guillaume pour une demande de règlement.

En vous remerciant par avance.
Bien cordialement.

JACQUET Laurine
Opticienne diplômée

Av. Foch
Centre commercial Intermarché
25250 L'ISLE-SUR-LE-DOUBS
03.81.97.87.14



Le mar. 4 juil. 2023 à 10:04, Service Optique MMC <serviceoptique@mutuelle-mmc.com> a écrit :

Bonjour,

Veillez trouver ci-joint la prise en charge demandée.

Lors de votre demande de facturation, merci de nous retourner la facture, pec et RIB.

En vous souhaitant bonne réception.

Cordialement



Membre de l'Alliance Mutualiste



Priscilla | Conseillère Polyvalente - Service Prestations

serviceoptique@mutuelle-mmc.com | 1317- 03.84.75.98.41 | www.mutuelle-mmc.com

MMC 6, rue Paul Morel 70000 VESOUL