

RIPOLL ISAMENE
AGENCE SIGNEE APOLINARIE
DIJON VAISE 69 009
N° 95402 169 00673
Numero d'identifiant N° 119585

PRAECOMIES
6 Rue PAUL MONIER
BP 80283
10006 SEOUL CEDEX

Dijon, le 11 Juillet 2023.

SERVICE COURRIER LE

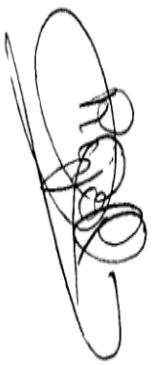
17 JUIL. 2023

Monsieur / Madame ,

Objet : demande de renouvellement de faire médicament
Suite aux demandes de santé engagée de
10 juillet 2023 .

Je vous joins la feuille de faire
Demande d'attente de notre réponse .

Je vous prie de recevoir , Madame
Gloosnien mes salutations respectueuses .



RECU D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

Le Lundi 10 Juillet 2023

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant RPPS : 10100497238

Dr. Benjamin FINANCE**Conventionné**

Identification de la structure

(Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

CABINET DU DR FINANCE**280 rue d'Alsace****88100 SAINTE MARGUERITE**

N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : 101004972380020

Identification du patient

Nom et prénom : **Mme PIERRAT Marie Claire**Date de naissance : **06/05/1944**N° de Sécurité sociale de l'assuré : **2440588261006 28**

A remplir par l'assuré

Identification de l'assurance complémentaire :

Nom de la complémentaire : **M.M.C.**N° de contrat ou d'adhérent : **N°133751**Adresse électronique de l'assuré : **685 Rue du Val de Meurthe 88.650 Amouy**

Je soussigné(e) Dr. Benjamin FINANCE atteste avoir reçu le 12/06/2023 de Mme PIERRAT Marie Claire la somme de 558,80 € pour des actes effectués à la date du 12/06/2023

Description détaillée des actes effectués							
Date de réalisation des actes	N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Code CCAM ou pour orthodontie cotation NGAP	Montant des honoraires	Base de rembour. ou NR	Remb. AMO	Remb. AMC
12/06/2023	11	Cour. Céramo-Céramiq	HBLD403	558,80	120,00	84,00	
Total €				558,80	120,00	84,00	0,00

Facture acquittée

Règlement :

Montant réglé par le patient : **558,80 €**Mode de règlement : Espèces Chèque Carte bancaire Autres :Date de règlement : **12/06/2023**

Cachet du praticien

Dr Benjamin FINANCE
 Chirurgien-Dentiste
 280 rue d'Alsace,
 88100 Sainte-Marguerite
 88400028 Tel. 03.29.55.65.80

Signature du praticien

SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023



MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX
FEUILLET PATIENT

SERVICE COURRIER LF

17 JUIL. 2023

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223005399

Valable du 04/07/2023 au 03/10/2023

M GUILLIER CLAUDE

7 LOT DE VOYES

70160 CUBRY LES FAVERNEY

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 4 juillet 2023

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande, nous vous indiquons ci-dessous nos remboursements en fonction de vos indications concernant le bénéficiaire ci-dessous :

Bénéficiaire : GUILLIER CLAUDE Né(e) le :16/12/1950
N° Dossier : N035895 N° S.S. : 1501270228027 90

Date du devis : 04/07/2023
Code Tiers National : 704003078

Dr Nathalie MARCHAL
70800 CONFLANS SUR LANTERNE



Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Proth. amovible RAC0 1	1100.00	01		182.75	127.93	972.07	0.00
TOTAUX	1100.00				127.93	972.07	

Notre règlement ne pourra pas excéder le montant des frais réels, et se fait **uniquement** par virement bancaire ou postal.

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.

SERVICE DENTAIRE

201850540001002003



MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

FEUILLET PRATICIEN (*)

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223005399

Valable du 04/07/2023 au 03/10/2023

Dr Nathalie MARCHAL

3 PL DU SOUVENIR

70800 CONFLANS SUR LANTERNE

CONTACT

Ligne Directe : **03.84.75.22.52**

Fax : **03.84.75.20.21**

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 4 juillet 2023

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande, nous vous indiquons ci-dessous nos remboursements en fonction de vos indications concernant le bénéficiaire ci-dessous :

Bénéficiaire : GUILLIER CLAUDE Né(e) le :16/12/1950

N° Dossier : N035895 N° S.S. : 1501270228027 90

Date du devis : **04/07/2023**

Code Tiers National : **704003078**

Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Proth. amovible RAC0 1	1100.00	01		182.75	127.93	972.07	0.00
TOTAUX	1100.00				127.93	972.07	

Notre règlement ne pourra pas excéder le montant des frais réels, et se fait uniquement par virement bancaire ou postal.

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 au praticien pour la part remboursée par la mutuelle.**

Bon pour accord *Bon pour accord*

Date Signature de l'assuré

SERVICE DENTAIRE

11 juillet 2023 *[Signature]*

(*) à retourner, daté, signé, au service dentaire en cas d'accord de tiers payant



L'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

Côtes-d'Armor

SERVICE COURRIEL

17 JUIL. 2023

Mon numéro : 2 55 04 22 184 011 68

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

HAMET ANNICK

Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.

Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

3646 Service gratuit
+prix appel

CPAM DES COTES D'ARMOR

22024 SAINT BRIEUC CEDEX

0305298122 330085 300

eco'pli Cl 1505 17.05.23 14 BASSE NORMANDIE PIC

Mme HAMET ANNICK

LOT DES NOEES

37 RUE DE L ARMISTICE

22440 PLOUFRAGAN

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 17 01 23 au 05 05 23.

Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte.

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.

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
	pour ANNICK né(e) le 22 04 55				
	maladie				
	ref 4011 2312910004183				
05 05 23	PROTHESE DENTAIRE (PA1)	1 520,00	301,00	70%	210,70
	ref 4221 2313080002351				

A noter :

Pour les prestations figurant ci-après vous n'avez pas réglé directement votre professionnel, les participations forfaitaires, les franchises ou les majorations hors parcours de soins coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.

0040V26 00.03

04 07 22	C GENERALISTE pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205070772)	- 0,59
04 07 22	PHARMACIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205148890)	- 2,00
20 04 22	ACTE DE KINESI. pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205352259)	- 1,00
21 04 22	ACTE DE KINESI. pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205352260)	- 0,50
26 04 22	ACTE DE KINESI. pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205352261)	- 0,50
03 05 22	ACTE DE KINESI. pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205352262)	- 0,50
09 05 22	ACTE DE KINESI. pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205352263)	- 0,50
10 05 22	ACTE DE KINESI. pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205352264)	- 0,50
17 05 22	ACTE DE KINESI. pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205352265)	- 0,50
25 05 22	ACTE DE KINESI. pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205352266)	- 0,50
01 06 22	ACTE DE KINESI. pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205352267)	- 0,50
08 06 22	ACTE DE KINESI. pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205352268)	- 0,50
15 06 22	ACTE DE KINESI. pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205352269)	- 0,50
29 06 22	ACTE DE KINESI. pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205352270)	- 0,50
01 08 22	PHARMACIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2205855993)	- 1,00
05 09 22	CONSULTATION SPE. pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2206215926)	- 1,00
05 09 22	PHARMACIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2206238796)	- 2,00
12 09 22	C GENERALISTE pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2206348643)	- 1,00
04 10 22	PHARMACIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2206807960)	- 3,00
02 11 22	PHARMACIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2207333879)	- 2,00
06 12 22	PHARMACIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55	(2207921578)	- 2,00



Pour trouver des infos santé fiables et claires, je vais sur ameli.fr/assure/sante



l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

Côtes-d'Armor

Mon numéro : 2 55 04 22 184 011 68

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

HAMET ANNICK

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
pour ANNICK né(e) le 22 04 55					
	maladie				
	ref 4221 2313080002351				
17 01 23	C GENERALISTE pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2300695775)	- 1,00	
17 01 23	PHARMACIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2300734719)	- 2,50	
23 01 23	ACTE BIOLOGIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2300907829)	- 4,00	
23 01 23	SOINS INFIRMIERS pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2300907830)	- 0,50	
26 01 23	PHARMACIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2301039327)	- 0,50	
30 01 23	ACTE BIOLOGIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2301220896)	- 1,00	
06 02 23	ACTE BIOLOGIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2301375659)	- 2,00	
06 02 23	SOINS INFIRMIERS pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2301375660)	- 0,50	
14 02 23	PHARMACIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2301611850)	- 2,50	
23 02 23	PHARMACIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2301880535)	- 0,50	
06 03 23	CONSULTATION SPE. pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2302152267)	- 1,00	
07 03 23	PHARMACIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2302254648)	- 0,50	
24 03 23	C GENERALISTE pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2302663580)	- 1,00	
25 03 23	PHARMACIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2302741918)	- 1,50	
15 04 23	PHARMACIE pour ANNICK né(e) le 22 04 55		(2303248116)	- 2,50	
10 05 23 : 168,11 euros					

Code à 10 chiffres : 2301220896

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
pour ANNICK né(e) le 22 04 55					
	maladie				
	ref 4311 2301840007276				
17 01 23	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT				
	C GENERALISTE Sect1 (G+PC)	25,00	25,00	100%	25,00
	participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)				- 1,00
réglé au destinataire GICQUEL THIERRY : 25,00 euros					
prévention maladie					
	ref 4011 2305510000572				
20 02 23	ACTE DEPISTAGE CC (DCC 37,00+PC)	3,70	3,70	100%	3,70
réglé au destinataire LABM CERBA : 3,70 euros					

(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.



SERVICE COURRIER LE
17 JUILLET 2023

D 845 10000
MARSEILLE



Pour nous contacter

Unité de gestion n° UG 200
Malakoff Humanis Atout Santé Courtage , TSA 21932 , 92894
NANTERRE CEDEX 9
T +33(0)3 26 79 21 27
F +33(0)1 85 64 74 50
gestionsante@atoutmh.com

MADAME ANNICK HAMET
37 RUE DE L'ARMISTICE
22440 PLOUFRAGAN

Références : à rappeler pour toute correspondance:

Assure : 2550422184011 - Référence décompte : 381187121

RELEVÉ DE REMBOURSEMENT

Relevé émis le 30/06/2023 pour la période du 30/06/2023 au 30/06/2023



Décompte n° 381187121 créé le 30/06/2023 par Annick.Hamet@atoutmh.com

mail

ANNICK HAMET 2550422184011

Hors nomenclature du 05/05/2023 ; nombre: 2

Soins dentaires non remboursés

Implants dentaires du 05/05/2023 ; nombre: 2

	1 960,00 EUR	1 960,00 EUR	0,00 EUR
--	--------------	--------------	----------

Aucun remboursement suite à l'application du plafond de 0 EUR pour 1 an(s) à compter du 01/04/2023.

Total décompte	2 360,00 EUR	2 360,00 EUR	0,00 EUR
----------------	--------------	--------------	----------

① POUR VOTRE INFORMATION :

- Nouveau : Désormais, consultez également vos relevés de remboursement sur votre espace personnalisé.

NOTES D'HONORAIRES
Facture acquittée

SERVICE COMMUNIQUE

17 JUIL. 2023

Docteur ALLANCHE CLAUDE
Chirurgien - Dentiste
Diplômé en IMPLANTOLOGIE
Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales

2 rue du Marché
22440 PLOUFRAGAN
Tel : 02 96 69 25 25

1000088264 6

Mme HAMET Annick
37 rue de l'armistice
22440 PLOUFRAGAN

Le vendredi 05 mai 2023

Veuillez trouver ci-dessous le détail des actes réalisés :

Date	Dent	Descriptif	Cotation	BaseSS	Honoraires
05/05/2023	45,	Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	LAPB002	NR	200.00
05/05/2023	35,	Dégagement et activation d'1 implant intraosseux intrabuccaux, chez l'adulte	LAPB002	NR	200.00
05/05/2023	45,	Pose de moyen de liaison sur 1 implant préprothétique intraosseux intrabuccal	LBLD019	NR	980.00
05/05/2023	35,	Pose de moyen de liaison sur 1 implant préprothétique intraosseux intrabuccal	LBLD019	NR	980.00

Montant total des honoraires : **2360.00 €**

Signature du praticien :

Docteur ALLANCHE Claude

CHIRURGIEN - DENTISTE

Diplômé en Implantologie

Maîtrise en Sciences Médicales

2, rue du Marché

22440 PLOUFRAGAN

Tél : 02.96.69.25.25

www.cabinetdentaireimplantaire.com

Docteur Jean-Frédéric MEYER
 Chirurgien Dentiste
 10, rue de Marseille
 90000 BELFORT
 Tél. : 03 70 42 02 42

SERVICE COURRIER LE
 17 JUIL. 2023

NOTE D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

<p>À remplir par le chirurgien-dentiste Identification du chirurgien-dentiste traitant Identifiant RPPS : 10003621025 5 Docteur Jean Frederic MEYER</p> <p>Identification de la structure (Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) 10, rue de Marseille 90000 BELFORT 03 70 42 02 42</p> <p>N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :</p> <p style="text-align: center;">PAYÉ</p>	<p>À remplir par le chirurgien-dentiste Identification du patient Nom et prénom : BUCHWALTER Roselyne Date de naissance : 12/03/1956 N° de Sécurité sociale de l'assuré : 2 56 03 90 010 051 49</p> <p>A remplir par l'assuré Identification de l'assurance complémentaire : Nom de la complémentaire : N° de contrat ou d'adhérent : Adresse électronique de l'assuré :</p>
--	--

Description détaillée des actes effectués

Date de réalisation des actes	N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Matériaux Utilisés	Code CCAM ou pour l'orthodontie cotation NGAP	Montant des Honoraires	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire ou NR
19/01/2023		PARODONTIE		HBLD009	60.00 €	NR
TOTAL					60.00 €	0,00

Matériaux et normes	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007	2	Alliage semi précieux NF EN ISO 22674 3/2007	3	Alliage non précieux CoCr - NF EN ISO 22674 3/2007	4	Alliage non précieux NiCr - NF EN ISO 22674 3/2007
	5	Résine Base NF EN ISO 1567 2000	6	Résine Dent NF EN ISO 22112 2005	7	Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000	8	Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999
	9	Autres						

Règlement : Facture acquittée

Montant réglé par le patient : 60.00 €

Mode de paiement : Espèces Chèque Carte bancaire
 Autres :

Date : 19/01/2023 Note N° : 656
 Signature et cachet du chirurgien-dentiste

Dr MEYER Jean-Frédéric
 Chirurgien-Dentiste
 Cabinet dentaire des Forges
 10, rue de Marseille
 90000 BELFORT
 03 70 42 02 42



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 Établissement N°Siren 200029445		EPINAL Ville	880007059 Matricule		N° de titre R 23- 0110819 098000				
P A T I E N T ADRESSE	N° Entrée 223062585 Etab.CH E.DURKHEIM PLATEAU DE LA 880000021 Nom usuel FOURGEROLLE/ROSE Né(e) le 16/04/1940 N°Siret 20002944500109			Emis et rendu exécutoire le 10/07/23					
	Nom Nais GEORGES A VIOMENIL			Bordereau 0000903					
	ENTRE (E) 24/05/2023 16 H 37 SORTI (E) 24/05/2023 22 H 37			N° Feuillet 1					
	501 ROUTE D ESLEY 88800 MONTHUREUX-LE-SEC			Exercice 2023					
Obsér.	Assuré Nom FOURGEROLLE/ROSE Ben. 01 N° 2400488515001 62 Org. 01881000					RDT			
	Consultation externe - Patient : FOURGEROLLE/ROSE - RISQUE : 10 CG : 11 Facturation du 24/05/2023 au 24/05/2023 N° mutualiste N008660MVM								
Mdc.Trt PERRY (A) PASCAL		DÉSIGNATION	Tx TVA.	NBRE	TARIF	BASE REMBOURSEMENT	TAUX	A VOTRE CHARGE	
240523	DR MATHIEU ANTOINE 19 CHIRURGIE DENTAIRE 1 CDE TOTAL AUTRES PRESTATIONS			1	23,00	23,00	30	6,90 6,90	DMT: 000 MT: 00
SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023									
TTC 6,90									

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

6,90 €

Renseignements Trésor public

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

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

TALON DE PAIEMENT

PRAECONIS PREVALOIS MMC

C.H. EMILE DURKHEIM



à joindre à votre chèque

6 RUE PAUL MOREL
BP 283
70006 VESOUL CEDEX

IDENTIFICATION

PC: 088022

CH: 98

ET: 72

Ex : 2023

Dossier 223062585

Titre : 23 0110819
098000

Mt : 6,90 € Montant en euros: 6,90

TRESORERIE GESTION HOSPITALIERE

1 RUE DU DOCTEUR LAFLOTTE BP 41097



Ne rien inscrire sous ce trait - Ne pas plier

000000098231



850033000159 97100001108190000010880225978806

690