

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																						
Transfert	N° d'identification prescripteur	N° d'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	Elément de tarification		Quantité	Coefficient	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
											Modif	Code rem. except							Taux	Montant		
S	1	901009050	02	24	01	29/06/23		ADA		111.00	A		1.00			134.00		134.00	100.00	134.00		
S	2	901804161	15	34	01	29/06/23		ADC		271.70			1.00			271.70		271.70	100.00	271.70		
Sous-total 3																405.70		405.70		405.70	0.00	0.00

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S) N°		MANDATAIRE(S) N°		MANDATAIRE(S) N°			
B* SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE SOCIETE GENERALE		B*		B*			
Centre CCP ou banque 30003 Guichet 00542		Centre CCP ou banque Guichet		Centre CCP ou banque Guichet			
Compte 00020123815 Cle 61		Compte Cle		Compte Cle			
Montant facturé par le praticien:							
N°1 SUSSMUTH MICKAEL	N°2 HACHICHA FIRAS	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	
ADELI 901009050	ADELI 901804161	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	
€ 0.00	€ 0.00	€	€	€	€	€	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 1235.15 €			Rappel du numéro de facture 230690201				



MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

SERVICE CLIENTIER LE
17 JUL. 2023

H - 291 6
6902

PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION CHIRURGICALE N° 0123003749

Valable du 29/06/2023 au 08/07/2023

CONTACT : Gestion Prestations 1
Ligne Directe : 03.84.75.19.20
Fax : 03.84.75.20.21
E-mail : prestations@mutuelle-mmc.com

CLINIQUE DE LA MIOTTE

AV DE LA MIOTTE

90000 BELFORT

Vesoul, le 15 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 : **VASSEUR JULIETTE** Né(e) le : **10/02/1931**
N° Dossier : **U045163** N° S.S. : **2310254528028 02**

Code Tiers National : **900000035**
Date d'entrée : **29/06/2023**

HOSPITALISATION CHIRURGICALE
DMT : 181 Chirurgie Générale et Spécialités Chirurgicales

Libellé Prestation	Durée En jours	Remboursement mutuelle
Frais de Séjour		Ticket Modérateur
Honoraires		Ticket Modérateur
Participation Forfaitaire		OUI
Forfait Journalier	10	20.00
Chamb.avec hébergement SC	10	45.00

La présente prise en charge est délivrée sur la base des informations communiquées par l'établissement et reprises dans le présent document et ne concerne que les établissements en secteur conventionné.

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 cas d'exonération (invalidité, maternité, accident du travail, etc.), de la radiation du contrat, du paiement des cotisations et/ou de tout changement de la réglementation ou de produit.

La délégation de paiement ne s'applique pas sur :

- Les dépassements d'honoraires
- La chambre particulière sans hébergement (ambulatoire et hospitalisation de jour)
- Les frais d'accompagnement.

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

Bon pour accord

Date Signature de l'assuré

SERVICE PRESTATIONS

COSEM - CENTRE MIROMESNIL

6 AVENUE CESAR CAIRE

75008 PARIS

Numéro : 750010555

BORDEREAU RECAPITULATIF DES FACTURES PAPIER

Numéro 702829 préparé le 12/07/2023

12/07/2023 12:28

Page : 1

Serv.: MED

Organisme destinataire : 70000854 MMC - VIVENS

70000854

6 rue Paul Morel

70000 VESOUL

N°Facture Date	Nom-prénom assuré et bénéficiaire	Numéro S.S. Numéro adhérent bénéf.	Date nais. - date	Désignation acte - Code Coeff. CCAM	Modific. 1	Montant dépende	Montant A.M.O.	Montant A.M.C.
26146738 08/07/2023	GUIHARD GENEVIEVE GUIHARD GENEVIEVE	241127511831065	01/12/1941 n°AMC=70000854	07/07/23 ATM 07/07/23 ADI	1 1	56,54 10,42		16,96 3,13

Montant à régler - - - - - > 20,09

Nombre de factures : 1

Compte à créditer : C.O.S.E.M.

SOCIETE GENERALE

30003 03360 00050370294 72

SERVICE COORDINATEUR

17 JUL. 2023

Centre Médical MIROMESNIL

6, avenue César Caire

75008 PARIS

Tél.: 01.55.56.62.50

FINESSE : 750010555

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

Date d'élaboration 07/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire		Code M170706		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70006		BP 80283 VESOUL CEDEX	
MMC PRAECONIS / prevaiois							
Identification de l'établissement		N° Finess	900000035	Code catégorie	128	Référence à rappeler	Signature de l'assuré(e)
SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE						Clé de la facture C	
AVENUE DE LA MIOTTE		BP 109				N° de Lot	
90002 BELFORT CEDEX						N° de facture	230819601
Domiciliation bancaire de l'établissement		SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE	SOCIETE GENERALE			N° d'entrée	2308196
Centre CCP ou banque		30003	Guichet 00542	Compte	00020123815	Clé 61	N° PEC AMC
							Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>

Le bénéficiaire des soins				L'assuré(e) titulaire du contrat AMC			
Nom de naissance et prénom(s) GHERIBI RAYAN				Nom de naissance et prénom(s) GHERIBI NADEGE			
suivi s'il y a lieu du nom d'usage				suivi s'il y a lieu du nom d'usage			
N° immatriculation et clé		2831125056098	55	N° immatriculation et clé		2831125056098	55
Code organisme de rattachement		01/701	Date et rang de naissance	19/09/2016	1	Adresse 1 RUE CHABON DELMAS	
N° centre gestionnaire		1000	Date de début hospitalisation	04/07/2023		70400 HERICOURT	
Entrée le		04/07/2023	Sortie le	04/07/2023		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte	

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie	<input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, date	00/00/00
Maternité	<input type="checkbox"/>	AT/MP	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Régime Alsace Moselle	<input type="checkbox"/>
Exonération forfait journalier						

Frais de structure et de soins

Transfert	Mode de traitement	DMT	D.C.S.	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'assurée
					Du	Au						Taux	Montant		
S			C	GHS	04/07/23	04/07/23	379.43	1	1.00	379.43	379.43	100.00	355.43		
S			C	PAS	04/07/23	04/07/23	24.00	1	1.00					24.00	
Sous-total 1										379.43	379.43		355.43	24.00	0.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMT	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												379.43	379.43		355.43	24.00	0.00

SERVICE COPIRIER LE
17 JUL. 2023

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																								
Transfert	Numéro de case	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'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	Elément de tarification		Quantité coefficient ou dénombrement	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)	
													Modif	Code cateur rem excep						Taux	Montant			
S	1			901009050	02	24	01	04/07/23		ADA		60.85		X	1.00		60.85		60.85	100.00	60.85			
S	2			901010918	16	35	02	04/07/23		ADC		69.92	J	X	1.00		274.46	DE	74.46	100.00	74.46		200.00	
Sous-total 3													335.31			135.31		135.31	0.00	200.00				

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2							
MANDATAIRE(S) N° B* SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE SOCIETE GENERALE Centre CCP ou banque 30003 Guichet 00542 Compte 00020123815 Cle 61				MANDATAIRE(S) N° B* Centre CCP ou banque Guichet Compte Cle				MANDATAIRE(S) N° B* Centre CCP ou banque Guichet Compte Cle			
Montant facturé par le praticien.											
N°1 SUSSMUTH MICKAEL	N°2 HOCSMAN BARTFELD HUC	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7					
ADELI 901009050 € 0.00	ADELI 901010918 € 0.00	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI					
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 714.74 €			Rappel du numéro de facture 230819601								

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



MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

SERVICE COURRIER LE 4/5.7 8196
17. JUL. 2023

PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION CHIRURGICALE N° 0123004222
Valable du 04/07/2023 au 13/07/2023

CONTACT : Gestion Prestations 1
Ligne Directe : 03.84.75.19.20
Fax : 03.84.75.20.21
E-mail : : prestations@mutuelle-mmc.com

CLINIQUE DE LA MIOTTE

AV DE LA MIOTTE

90000 BELFORT

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 cité ci-dessous :

Bénéficiaire : **GHERIBI ILYES** Ne(e) le : ~~19/06/2010~~ 12/09/2016
N° Dossier : **N165912** N° S.S. : **2831125056098 55**

Code Tiers National : **900000035**
Date d'entrée : **04/07/2023**

HOSPITALISATION CHIRURGICALE
DMT : 181 Chirurgie Générale et Spécialités Chirurgicales

Libellé Prestation	Durée En jours	Remboursement mutuelle
Frais de Séjour Honoraires Participation Forfaitaire Forfait Journalier	1	Ticket Modérateur Ticket Modérateur OUI 20.00

La présente prise en charge est délivrée sur la base des informations communiquées par l'établissement et reprises dans le présent document et ne concerne que les établissements en secteur conventionné.

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 cas d'exonération (invalidité, maternité, accident du travail, etc.), de la radiation du contrat, du paiement des cotisations et/ou de tout changement de la réglementation ou de produit.

La délégation de paiement ne s'applique pas sur :

- Les dépassements d'honoraires
- La chambre particulière sans hébergement (ambulatoire et hospitalisation de jour)
- Les frais d'accompagnement.

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

Bon pour accord

Date Signature de l'assuré

SERVICE PRESTATIONS

Identification de l'organisme complémentaire MEDICO CHIRURGICALE VESOUL		Code MEDIC70V01	Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70006 VESOUL CEDEX											
Identification de l'établissement H FINESS 250011848 Polyclinique de Franche-Comté 4 RUE RODIN, CS 62222 25052 BESANCON CEDEX		CODE CATÉGORIE	Coefficient MCO 0,9687 Coefficient HAD 0,9687	Références à rappeler Clé facture C N° de lot N° Facture 23070803 N° d'entrée B2317120 N° Feuillet 1/2	Signature de l'assuré(e)									
Domiciliation bancaire de l'établissement ORCHAMPS VENNES		Bic AGRIFRPP825		Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>										
IBAN FR76 1250 6200 4956 5255 1271 753 Banque 12506 Guichet 20049 Compte 56525512717 Clé 53														
Le bénéficiaire des soins			L'assuré(e) titulaire du contrat AMC (à compléter si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e))											
Nom de naissance et prénom(s) RATTE Marcelle Nom usuel : JACQUARD <small>suivis s'il y a lieu du nom d'usage</small>			Nom de naissance et prénom(s) RATTE Marcelle Nom usuel : JACQUARD <small>suivis s'il y a lieu du nom d'usage</small>											
N° d'immatriculation et clé 2 45 07 25 056 130 75 Code organisme de rattachement 02701 N° centre gestionnaire 02 701 000 Entrée le 29/06/2023 09:59		Date et rang de naissance 25/07/1945 1 Date début hospitalisation Sortie le 29/06/2023		N° contrat/adhérent(e) N1397489										
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins														
Maladie <input checked="" type="checkbox"/> Accident causé par un tiers		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, date												
Maternité <input type="checkbox"/> AT/MP <input type="checkbox"/> Exonération forfait journalier		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	DMT	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(e)
				Du	Au						Taux	Montant		
S	23	181	C GHS	29/06/23	29/06/23	645,34	1	1	601,14	625,14	100	601,14		
	23	181	PAT	29/06/23	29/06/23	24,00	1	1	24,00				24,00	
SERVICE COMPTABLE 17 JUL. 2023														
Sous-total 1										625,14	625,14	601,14	24,00	

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques														
Transfert Mode de traitement	DMT	DCS	Prestations	N° identification du 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'assuré(e)	
										Taux	Montant			
Sous-total 2														
Sous-total 1+2										625,14	625,14	601,14	24,00	

SERVICE COMPTON
17 JUL. 2023

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

Date d'élaboration 06/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire MMC / PRAECONIS / prevaiois		Code M170706	Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70006		BP 80283 VESOUL CEDEX
Identification de l'établissement SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE AVENUE DE LA MIOTTE BP 109 90002 BELFORT CEDEX		N° Finess 900000035 Code catégorie 128	Référence à rappeler Clé de la facture C N° de Lot N° de facture 230716501 N° d'entrée 2307165 N° PEC AMC		Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30003		SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE SOCIETE GENERALE Guichet 00542 Compte 00020123815		Clé 61	

Le bénéficiaire des soins				L'assuré(e) titulaire du contrat AMC			
Nom de naissance et prénom(s) BOVET MONIQUE suivi s'il y a lieu du nom d'usage CHERY				Nom de naissance et prénom(s) BOVET MONIQUE suivi s'il y a lieu du nom d'usage CHERY			
N° immatriculation et clé 2590670530002 71		N° immatriculation et clé 2590670530002 71		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte			
Code organisme de rattachement 01/251		Date et rang de naissance 23/06/1959 1		Adresse 1 RUE DE MELIVEAU 25150 ECOT			
N° centre gestionnaire 1000		Date de début hospitalisation 30/06/2023					
Entrée le 30/06/2023		Sortie le 30/06/2023					

Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

Maladie <input checked="" type="checkbox"/>	Accident causé par un tiers <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, date 00/00/00
Maternité <input type="checkbox"/>	ATMP <input type="checkbox"/>	Exonération forfait journalier <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	DMT	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'assurée
					Du	Au						Taux	Montant		
S			C	GHS	30/06/23	30/06/23	1394.07	1	1.00	1394.07	1394.07	100.00	1370.07		
S			C	PAS	30/06/23	30/06/23	24.00	1	1.00					24.00	
S			C	CPC	30/06/23	30/06/23	45.00	1	1.00	45.00					45.00
Sous-total 1										1439.07	1394.07		1370.07	24.00	45.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMT	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		
S			C	PII	901804617	30/06/23	393.87	1	393.87	393.87	100.00	393.87		
Sous-total 2										393.87		393.87	0.00	0.00
Sous-total 1 + 2										1832.94		1763.94	24.00	45.00

SERVICE COMPTABLE
17 JUL. 2023

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																							
Transfert	Numéro de case	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'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	Elément de tarification		Quantité ou coefficient de dénombrement	Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
													Modif-Code rem. excep							Taux	Montant		
S	1			901008508	02	25	01	30/06/23		ADA		135.26			1.00	0.500	67.63		67.63	100.00	67.63		
S	1			901008508	02	25	01	30/06/23		ADA		148.07			1.00	1.000	148.07		148.07	100.00	148.07		
S	1			901008508	02	25	01	30/06/23		ADA		28.44			1.00	1.000	28.44		28.44	100.00	28.44		
S	2			901804617	41	34	02	30/06/23		ADA					1.00	0.500							
S	2			901804617	41	34	02	30/06/23		ADC		350.71	J		1.00	0.500	636.75	DE	186.75	100.00	186.75		450.00
S	2			901804617	41	34	02	30/06/23		ADC		386.82	J		1.00	1.000	911.96	DE	411.96	100.00	411.96		500.00
S	3	901804617	41	907013155	26	30	01	30/06/23	30/06/23	AMC		2.15			7.60		16.34		16.34	100.00	16.34		
Sous-total 3															1809.19		859.19		859.19	0.00	950.00		

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S)		N°		MANDATAIRE(S)		N°	
B* SAS HOPITAL PRIVE MIOTTE SOCIETE GENERALE				B*			
Centre CCP ou banque 30003	Guichet 00542	Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet		
Compte 00020123815	Cle 61	Compte	Cle	Compte	Cle		
Montant facturé par le praticien.							
N°1 LEJUSTE CLAUDIA	N°2 GLEYZE PASCAL	N°3 FERNEY JOEL	N°4	N°5	N°6	N°7	
ADELI 901008508 € 0.00	ADELI 901804617 € 0.00	ADELI 907013155 € 0.00	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)			3642.13 €				
Rappel du numéro de facture			230716501				

L'émission du présent bordereau atteste du renseignement de celui-ci sur le fondement du bordereau de facturation du régime obligatoire.

B* : Banque