

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.

RECU D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

Le Mardi 11 Juillet 2023

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant RPPS : **10000816644****Dr. Jean-François BIGEY****Conventionné**

Identification de la structure

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

CABINET DU DR BIGEY**4A rue Louis Pergaud****70290 CHAMPAGNEY**N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : **100008166440070**

Identification du patient

Nom et prénom : **Mr. COUTURIER Gerard**Date de naissance : **18/07/1942**N° de Sécurité sociale de l'assuré : **1420770285101 73**

A remplir par l'assuré

Identification de l'assurance complémentaire :

Nom de la complémentaire *** MNC**N° de contrat ou d'adhérent *** 147 229**

Adresse électronique de l'assuré :

Je soussigné(e) Dr. Jean-François BIGEY atteste avoir reçu le 11/07/2023 de Mr. COUTURIER Gerard la somme de 80,00 € pour des actes effectués à la date du 11/07/2023

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 rembours. ou NR	Remb. AMO	Remb. AMC
11/07/2023	01	REP.RES. SIMPLE	HBMD020	80,00	21,50	15,05	
Total €				80,00	21,50	15,05	0,00

Facture acquittée

Règlement :

Montant réglé par le patient : **80,00 €**Mode de règlement : ☐ Espèces ☒ Chèque ☐ Carte bancaire☐ Autres :Date de règlement : **11/07/2023**

Cachet du praticien

Docteur Jean-François BIGEY**CHIRURGIEN-DENTISTE**

4A, rue Louis Pergaud

70290 CHAMPAGNEY

Tél. 03 84 18 18 82

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023



MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

SERVICE DENTAIRE
17 JUL. 2023

FEUILLET PRATICIEN (*)

ACCORD DE PRISE EN CHARGE DENTAIRE N° 1223003526

Valable du 07/04/2023 au 06/07/2023

Dr ANGUENOT Roland

35 AV Léon Jouhaux

70400 HERICOURT

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.22.52

Fax : 03.84.75.20.21

E-mail : servicedentaire@mutuelle-mmc.com

Vesoul, le 7 avril 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 : **WOLFF CHRISTIANE** Né(e) le : **02/05/1943**N° Dossier : **N015000** N° S.S. : **2430570331001 20**Date du devis : **07/04/2023**Code Tiers National : **704002138**Cet accord préalable est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Dent	Qté	Base Régime Obligatoire	Part Régime Obligatoire	Part Mutuelle	Reste à Charge
Inlay-cône RAC 0 1	175.00	31		90.00	63.00	112.00	0.00
Inlay-cône RAC 0 1	175.00	32		90.00	63.00	112.00	0.00
Cour. transit. RAC 0 1	60.00	31		10.00	7.00	53.00	0.00
Cour. transit. RAC 0 1	60.00	32		10.00	7.00	53.00	0.00
Prothèse fixe RAC 0 1	500.00	31		120.00	84.00	416.00	0.00
Prothèse fixe RAC 0 1	500.00	32		120.00	84.00	416.00	0.00
Proth. amovible RAC 0 1	1100.00	01		182.75	127.93	972.07	0.00
TOTAUX	2570.00				438.93	2134.07	

deja
realise

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

Date Signature de l'assuré

11-07-2023

SERVICE DENTAIRE

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

SERVICE COMPTABLE LE
17 JUL. 2023

Bonjour,
Les couronnes ont été réalisées
en mai 2023 -
Nous venons de finir la
prothèse co-prothèse supérieure
Merci d'avance pour votre
retour de 972,07 €

Cordialement
Docteur ANGUENOT Roland

CHIRURGIEN DENTISTE
35, avenue Léon Jouhaux
74400 HERNAY
Tél : 03.84.45.80.40
assistantedtra@anguenot@gmail.com

RECU D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

Le Mercredi 12 Juillet 2023

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant RPPS : **10001322048****Dr. Olivier FESQUET****Conventionné**

Identification de la structure

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

CABINET DU DR FESQUET**47 route de Rochelongue****34300 AGDE**N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : **100013220480060**

Identification du patient

Nom et prénom : **Mme DELBOSC Marie Claude**Date de naissance : **12/09/1951**N° de Sécurité sociale de l'assuré : **2510947097010 49**

A remplir par l'assuré

Identification de l'assurance complémentaire :

Nom de la complémentaire : *Prolecans*N° de contrat ou d'adhérent : *N 160133*Adresse électronique de l'assuré : *956 AV**Redivance Sies 34450*

Je soussigné(e) Dr. Olivier FESQUET atteste avoir reçu le 27/06/2023 de Mme DELBOSC Marie Claude la somme de 293,90 € pour des actes effectués à la date du 27/06/2023

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
27/06/2023	13	résect apic + end in	HBGB003	83,90	83,90	58,73	
27/06/2023		Lamb apic coron	HBMA001	210,00	NR		
Total €				293,90	83,90	58,73	0,00

Facture acquittée

Règlement :

Montant réglé par le patient : **293,90 €**Mode de règlement : ☐ Espèces ☒ Chèque ☒ Carte bancaire☐ Autres :Date de règlement : **27/06/2023**

Cachet du praticien

Docteur FESQUET Olivier

19 Chirurgien Dentiste Conventionné

47, route de Rochelongue

34300 AGDE

Tél : **04 67 01 27 54**Signature du praticien
34 4 02216 / 5 01 20 1 19**SERVICE COURRIER LE****17 JUIL. 2023**

N021444

RECU D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

Le Mardi 16 Mai 2023

Identification du chirurgien-dentiste traitant Identifiant RPPS : 10000796036 Dr. Pascale SCHULLER Conventionné Identification de la structure (Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) CABINET DU DR SCHULLER HASSID 8, rue d'Orbey 68000 COLMAR N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : 100007960360000	Identification du patient Nom et prénom : Mme EDEL Angele Date de naissance : 02/05/1945 N° de Sécurité sociale de l'assuré : 2450568066010 60 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 :
--	---

Je soussigné(e) Dr. Pascale SCHULLER atteste avoir reçu le 16/05/2023 de Mme EDEL Angele la somme de 1095,00 € pour des actes effectués à la date du 16/05/2023

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
16/05/2023	36	couronne sur implant	HBLD418	600,00	107,50	96,75	
16/05/2023	36	1 pilier titane	HBLD012	495,00	NR		
Total €				1095,00	107,50	96,75	0,00

Facture acquittée

Règlement : Montant réglé par le patient : 1095,00 € Mode de règlement : <input type="checkbox"/> Espèces <input checked="" type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte bancaire <input type="checkbox"/> Autres : Date de règlement : 16/05/2023	Cachet du praticien Docteur Pascale SCHULLER CHIRURGIEN - DENTISTE 8 rue d'Orbey 68000 COLMAR ☎ 03.89.79.71.22
--	---

SERVICE COURRIER LE
17 MAI 2023

SERVICE COURRIER LE

17 IIIII 2023

Colmar, le 19.05.23

BORDEREAU DE FACTURATION
OU FACTURE ACQUITEE

Reçu de **MME EDEL Angèle**

La somme de : **506,20 Euros**

Pour l'anesthésie en secteur libéral (secteur 2) du **20.03.23**

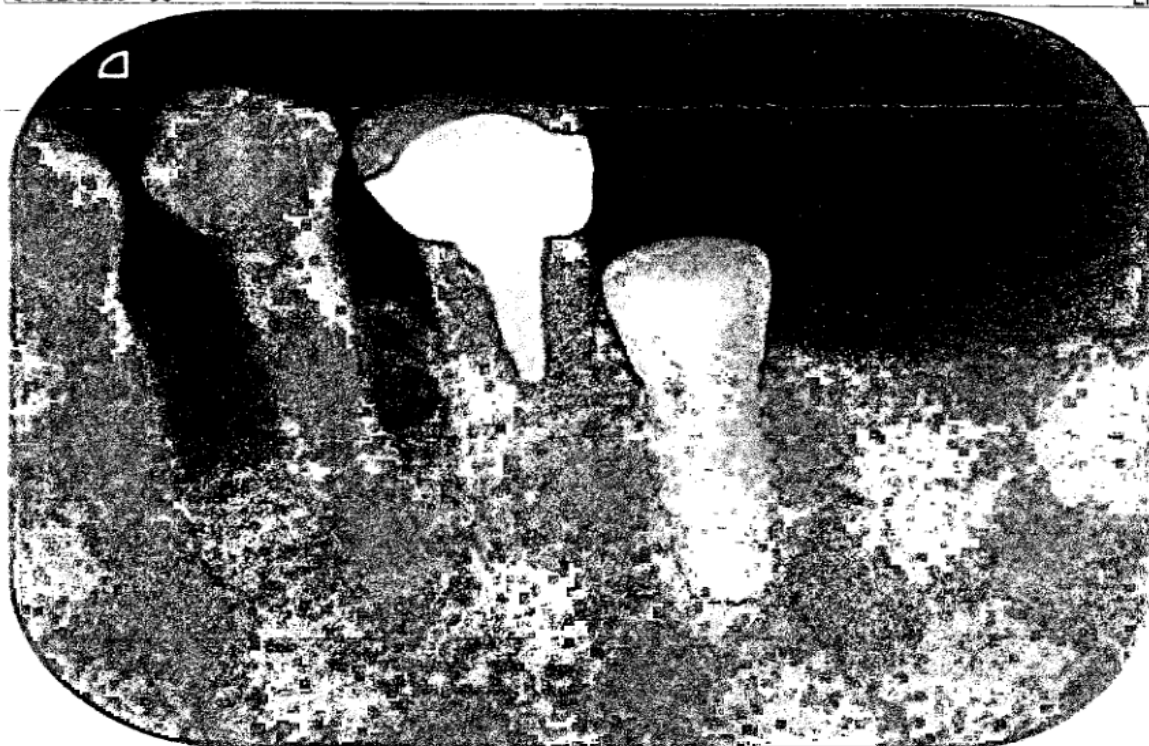
Cotation de l'acte : - **MJDC001**
MJEC001
AHQJ010

Base de remboursement sécurité sociale : **253 € 10**
(159 € 52 + 65 € 14 + 28 € 44)

Dépassement d'honoraires : **253 € 10**
(159 € 52 + 65 € 14 + 28 € 44)

Ce reçu est à adresser à votre caisse complémentaire ou mutuelle

Dr. Jacques HASSID	
8, rue d'Orbey 68000	
68000 COLMAR	
Patient: EDEL Angele	
01/02/2023 - 36 -	Lin



SELARL Hassid-Schuller
 Chirurgiens-Dentistes
 8 rue d'Orbey
 68000 Colmar
 Tél. 03 89 79 71 22

17 MARS 2023
 COURRIER

RECU D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

Le Mercredi 14 Juin 2023

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant RPPS : **10000445204****Dr Alexandre PENA****Conventionné**

Identification de la structure

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

CABINET DU DR PENA**67, rue de Vellonne****52400 BOURBONNE LES BAINS**N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : **100004452040090**

Identification du patient

Nom et prénom : **Mme ROUSSEL Marie-jose**Date de naissance : **18/02/1959**N° de Sécurité sociale de l'assuré : **2590221231206 08**

A remplir par l'assuré

Identification de l'assurance complémentaire :

Nom de la complémentaire : **HMC**N° de contrat ou d'adhérent : **N086729**

Adresse électronique de l'assuré :

Je soussigné(e) Dr Alexandre PENA atteste avoir reçu le 07/06/2023 de Mme ROUSSEL Marie-jose la somme de 955,00 € euro pour des actes effectués à la date du 07/06/2023

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
07/06/2023	14 15 16 24 26	STELLITE 5 DTS	HBLD452	715,00	215,00	215,00	
07/06/2023	14 15 16 24 26	montage directeur	LBMP002	240,00	NR		
Total €				955,00	215,00	215,00	0,00

Facture acquittée

Règlement :

Montant réglé par le patient : **955,00 €**Mode de règlement : ☐ Espèces ☐ Chèque ☒ Carte bancaire☐ Autres :Date de règlement : **07/06/2023**

Cachet du praticien

PENA

Signature du praticien

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

RECU D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

Le Mercredi 14 Juin 2023

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant RPPS : **10000445204****Dr Alexandre PENA****Conventionné**

Identification de la structure

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

CABINET DU DR PENA**67, rue de Vellonne****52400 BOURBONNE LES BAINS**N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : **100004452040090**

Identification du patient

Nom et prénom : **Mme ROUSSEL Marie-jose**Date de naissance : **18/02/1959**N° de Sécurité sociale de l'assuré : **2590221231206 08**

A remplir par l'assuré

Identification de l'assurance complémentaire :

Nom de la complémentaire : **M.M.C**N° de contrat ou d'adhérent : **2086729**

Adresse électronique de l'assuré :

Je soussigné(e) Dr Alexandre PENA atteste avoir reçu le 07/06/2023 de Mme ROUSSEL Marie-jose la somme de 560,00 € euro pour des actes effectués à la date du 12/10/2022

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
12/10/2022	36	Inlay Core RAC 0	HBLD090	130,00	90,00	90,00	
12/10/2022	36	Couronne Metal	HBLD038	250,00	120,00	120,00	
12/10/2022	36	allongemtt coron1dt	HBAA338	180,00	NR		
Total €				560,00	210,00	210,00	0,00

Facture acquittée

Règlement :

Montant réglé par le patient : **560,00 €**Mode de règlement : ☐ Espèces ☐ Chèque ☒ Carte bancaire☐ Autres :Date de règlement : **07/06/2023**

Cachet du praticien

Signature du praticien

SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023