

De: "Krys Dijon - Toison d'Or, Magasin" <dijon-toisondor@krys.com>
Date: jeudi 13 juillet 2023 11:39
A: "Service Optique MMC" <serviceoptique@mutuelle-mmc.com>
Objet: Facture à régler - Tamimount KARROUM

Bonjour,

Veuillez trouver ci-joints les documents pour procéder au règlement de la facture s'il vous plaît.

Merci par avance,

Bien cordialement,

Manon D

--

Opticien
Krys Toison d'Or
21000 Dijon
0380701002
dijon-toisondor@krys.com

OPHTAVALMY
Centre Ophthalmologique DIJON-VALMY
www.ophtavalmy.fr

DOCTEUR G. ASSAD-MEILLON

Ophtalmologiste libéral et Praticien attaché au CHU Dijon
Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de Dijon
DIU de Chirurgie Réfractive et de la Cataracte
DIU de Pathologies et Chirurgies de l'Orbite, des Paupières et des Voies lacrymales
MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX
Conventionné – secteur II
21 1 01089 7 / RPPS 10100959542

Mme Tamimount KARROUM

Le 19/06/2023

ORDONNANCE DE LUNETTES

Une paire de lunettes avec monture

Oeil droit:

Vision de loin: +0.50 (-0.25) 75°

Vision de près:

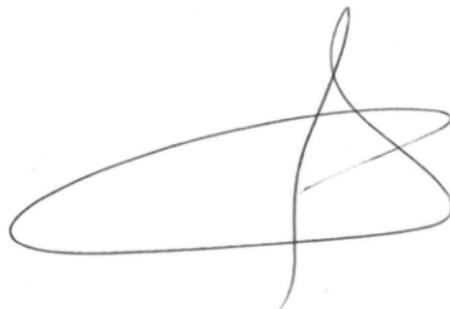
Addition: +2.50

Oeil gauche:

Vision de loin: +0.50 (-0.25) 100°

Vision de près:

Addition: +2.50



Prise de **rendez-vous** au 03.80.79.32.15
ou sur internet : **www.doctolib.fr**
Parc Valmy - 9 Rue Jeanne Barret 21000 DIJON



MMC
6 rue Paul MOREL
BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023005631
Valable du 23/06/2023 au 22/07/2023

KRYS TOISON D'OR

CCAL La Toison d'Or

**44 GRAND MAIL
21000 DIJON**

CONTACT

Ligne Directe : **03.84.75.98.41**
Fax :**03.84.97.12.36**
E-mail : **serviceoptique@mutuelle-mmc.com**

Madame, Monsieur,

Vesoul, le 23 juin 2023

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

Bénéficiaire : **KARROUM TAMIMOUNT** Né(e) le :**02/02/1970**

N° Dossier : **N073451** N° S.S. : **2700299350692 97**

Code Tiers National : **212695134**

Ce devis est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
PartMut Ver D Fort.Cor R0 1	90.00	27.00	27.00	63.00
PartMut Ver G Fort.Cor R0 1	90.00	27.00	27.00	63.00
Monture Opt Forte Cor CR 1	99.00	0.05	0.05	98.95
TOTAUX			54.05	224.95

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

23/06/23 K

SERVICE PRESTATIONS

Facture subrogatoire RC

MMC (Mutuelle Médico Chirurgicale)

Votre opticien
s'engage

Qualité de service certifiée
AFNOR Certification



Krys Dijon - Toison d'Or

SARL OPTIQUE TOISON D'OR KRYST
Centre Cial. TOISON D'OR
Route de Langres
21000 DIJON (France)

Tél : 03 80 70 10 02 Fax : 03 80 70 10 03

Email : dijon-toisondor@krys.com

N° Finess : 212695134

Code NAF : 4778A

N° FS 31116

Facture de vente n° 303450

KARROUM - Tamimount - 21120 - IS SUR TILLE

Date de facturation 06/07/2023

Date de livraison 06/07/2023 11:40:52

Référence accord PEC 0

Date accord PEC 23/06/2023

N° traçabilité : 480150890001

MMC (Mutuelle Médico Chirurgicale)

6 Rue Paul Morel
CS 80283
70006 VESOUL CEDEX

Tél: 0384759841 Fax: 0384971236

Assuré

Bénéficiaire

Idem

N° SS

Idem

RO

CPAM 21 - Côte d'Or

Centre SS

01 - 211 - 0000

MME TAMIMOUNT KARROUM

N° SS 2700299350692 97

Date naissance 02/02/1970

Rang 1

Ordonnance du 19/06/2023

Ophtalmologiste: ASSAD-MEILLON GHISLAIN N° 211010897

DESIGNATION (Nbre lignes : 5)	CODE LPP / Regroup.	QTE	P.U. HT (en €)	BRUT TTC (en €)	HT (en €)	NET (en €)	TVA (en %)	BASE 100% (en €)	Taux Remb.	*PART RO (en €)	PART RC (en €)
Signature Krys - Melle MI2206 216 Or Rose-51/20	2264861 / M03	1	82,50	99,00	82,50	99,00	20,00	0,05	100%	0,05	98,95
OD - VITALE PROGRESSIF 15 SAR Ø 70 - Codir	2209342 / V03	1	75,00	90,00	75,00	90,00	20,00	27,00	100%	27,00	63,00
SAR	Non Remb.	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00
OG - VITALE PROGRESSIF 15 SAR Ø 70 - Codir	2209342 / V03	1	75,00	90,00	75,00	90,00	20,00	27,00	100%	27,00	63,00
SAR	Non Remb.	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00

Cet équipement a bénéficié de l'offre:

Je soussigné(e), Mme Tamimount KARROUM, atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et donne pouvoir au fournisseur pour percevoir directement la participation de la caisse et/ou de la mutuelle sur la part des frais pris en charge.
J'atteste sur l'honneur de n'avoir bénéficié à ce jour d'aucun forfait optique au titre de l'année en cours.

COORDONNÉES BANCAIRES À UTILISER :

Banque :

Compte :

Date

Signature

BRUT TTC	HT	NET TTC	Montant TVA	TOTAL TVA par taux (Code) Taux HT TVA	CPAM 21 - Côte d'Or	MMC (Mutuelle Médico Chir	RESTE A CHARGE CLIENT
279,00€	232,50€	279,00€	46,50€	(52) 20,00% 232,50€ 46,50€	54,05€	224,95€	0,00€

R.C.S (R.C) DIJON 377530621 - Siret: 37753062100020 - N° Agr. SS: 212801229 - FINESS: 212695134 - TVA Intra: FR87377530621 - SARL au capital de: 60 000 €

(NF525) B - 0157 - khAE -

N000134



•ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE

Clinique Saint Vincent / Clinique Saint Martin

11 rue du Dr Noël Courvoisier 70000 VESOUL

Tél. 03 39 70 97 00 - Fax. 03 39 70 96 97

www.saint-vincent-anesthesia-reanimation.fr

Facture ACQUITTEE d'honoraires complémentaires

Je soussigné, Docteur RENAUD Loïc, Anesthésiste Réanimateur conventionné OPTAM, certifie avoir reçu de

Monsieur GAUTHIER Pierre né(e) le 11/01/1945

La somme de 250 euros correspond aux honoraires complémentaires de l'intervention du 31/07/2023 (par le Dr KIELWASSER Hugo) dont le code CCAM figure sur le bordereau de facturation de la Clinique Saint-Martin.

Ce supplément d'honoraires non remboursé par l'assurance maladie peut être pris en charge par votre mutuelle complémentaire selon votre contrat.

Dr RENAUD Loïc
02 -Anesthésiste Réanimateur
Conventionné secteur 2
11 rue du Dr Noël Courvoisier
70000 VESOUL Tél 03 39 70 97 00
RPPS 10100956738 ADELI 70180164 9

Bordereau à transmettre à votre mutuelle afin de bénéficier de l'éventuel remboursement de ces honoraires complémentaires.

SVAR
ANESTHÉSIE
RÉANIMATION
ANESTHESIE - REANIMATION CHIRURGICALE
Clinique Saint Vincent / Clinique Saint Martin
33, Chemin des Tilleroyes 25000 BESANCON
Tél. 03 81 47 21 28 - Fax. 03 81 47 21 48
www.saint-vincent-anesthesie-reanimation.fr

Vesoul, le 11/07/2023

DEVIS POUR COMPLEMENT D'HONORAIRES

Madame, Monsieur,

Nous avons l'honneur de vous informer que nous sommes **médecins anesthésistes-réanimateurs conventionnés à honoraires libres, ayant signé la convention OPTAM**. La Commission de Notoriété de la Sécurité Sociale nous a accordé le droit de pratiquer des honoraires libres en fonction des titres acquis et des compétences démontrées.

Le complément d'honoraires **n'est pas pris en charge par la Sécurité Sociale**. Il est établi avec tact et mesure en fonction de l'intervention programmée lors de la consultation pré-opératoire. Votre assurance complémentaire santé peut le prendre en charge selon les conditions de votre contrat, elle vous précisera les modalités de remboursement en fonction de l'acte prévu par votre chirurgien.

Le montant du complément d'honoraires du **Médecin Anesthésiste** pour votre intervention prévue le 31/07/2023 (par le Dr KIELWASSER Hugo) et son suivi post-opératoire, est de 250 euros. Vous devrez le régler en chèque à l'ordre de la **SELARL SVAR**, ou par virement. Nous vous remettrons en échange du règlement une note d'honoraires acquittée.

Ce montant est intégralement reporté sur le bordereau de facturation de la Clinique Saint-Martin. Vous devrez adresser à votre assurance complémentaire santé (mutuelle) la note d'honoraires acquittée.

Si vous souhaitez des informations complémentaires et une estimation du niveau de remboursement par votre assurance complémentaire santé, visitez le site www.ameli.fr et contactez votre assureur. **Il ne nous est pas possible de vous fournir un code CCAM définitif correspondant au geste chirurgical dans la mesure où il n'est pas encore réalisé. Ce code figurera sur le bordereau de facturation de la Clinique Saint-Martin.**

En vous remerciant pour votre confiance, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos sentiments distingués.

Monsieur GAUTHIER Pierre le 11/07/2023
Signature précédée de « bon pour acceptation du devis »



Dr ALOUANE Mael
02 -Anesthésiste Réanimateur
Conventionné secteur 2
11 rue du Dr Noël Courvoisier
70000 VESOUL / tel 03 39 70 97 00
RPPS 10101221793/ADELI 70170044 5

De: "opt GREGOIRE" <opt.gregoire.hucq@orange.fr>
Date: jeudi 13 juillet 2023 12:28
A: "Service Optique Praeconis" <service.optique@praeconis.fr>
Objet: demande de règlement Bonnaire Maurice

Bonjour,

ci joint la demande de règlement des soins Optique de M Bonnaire Maurice

merci d'avance

Optique Grégoire Hucqueliers

Finess 622699536

2 rue de la longeville
62650 Hucqueliers

03.21.05.42.78

optique gregoire
2 rue de la longeville
62650 hucqueliers

Tél : 03.21.05.42.78
Fax : 03.21.05.88.70
E-Mail : opt.gregoire.hucq@orange.fr
Siret : 50236477100027
TVA : FR87502364771

N°Finess : 622699536

BONNAIRE MAURICE
M. BONNAIRE Maurice
55 rue du loquin
62560 THIEMBRONNE

FACTURE N° F23/7970 DU 05/07/2023

Bénéficiaire : BONNAIRE Maurice
Date de naissance : 16/11/1929
N°Sécurité Sociale : 1 29 11 62 140 001 08
Assuré : BONNAIRE MAURICE
RO : CPAM de la Cote d'Opale (016233411)
RC : PRAECONIS MMC

Prescripteur : LOISEAU Vincent
Finess : 620000653
Ordonnance du : 30/06/2023
Corrections :
VP D. Sph: -1.25 Cyl: +4.50 Axe: 15°
VP G. Sph: -1.75 Cyl: +4.00 Axe: 170°

Cat	Désignation	Qté	Montant Brut TTC	Montant Remise	Montant Net TTC	Code LPP	Base SS	RO	RC	Part Client
VER	OPTISWISS FRANCE SARL O RGA 160 RX Optiplas SHA Org 70 Optiplas SHA Zylinder 4.2 5 - 6 dpt	1	128.00		128.00	7812994	0.05	0.03	105.02	22.95
VER	OPTISWISS FRANCE SARL O RGA 160 RX Optiplas SHA Org 70 Optiplas SHA Zylinder 4.2 5 - 6 dpt	1	128.00		128.00	7812936	0.05	0.03	0.02	127.95
MON	t1000 48.19 7a	1	30.00		30.00	7218848	9.00	5.40	24.60	0.00
	Total	3	286.00	0.00	286.00		9.10	5.46	129.64	150.90

Total Net HT 238.33 €
Taux TVA 20%
Montant TVA 47.67 €
Total Net T.T.C. 286.00 €

Facture acquittée

Part Client	150.90 €
Acomptes & Règlements	0.00 €
Solde restant dû	150.90 €

DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023005875
Valable du 03/07/2023 au 02/08/2023

OPTIQUE GREGOIRE

**2 RUE de la Longeville
62650 HUCQUELIERS**

CONTACT

Ligne Directe : 03.84.75.98.41
Fax : 03.84.97.12.36
E-mail : service.optique@praeconis.fr

Vesoul, le 3 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 : BONNAIRE MAURICE Né(e) le : 16/11/1929
N° Dossier : N089458 N° S.S. : 1291162140001 08
Code Tiers National : 622699536

Ce devis est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
V.cB.S Uni-6< Sph<0 Cyl<4 1	128.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver D Faib.Cor CR 1	128.00	0.05		105.00
V.cB.S Uni-6< Sph<0 Cyl<4 1	128.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver G Faib.Cor CR 1	128.00	0.05		
Monture Adulte Classe A 1	30.00	9.00	5.40	3.60
Monture Opt Faible Cor R0 1	30.00	9.00		21.00
TOTAUX			5.46	129.64

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

Crédit Mutuel

RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	02636	00021614001	76	EUR

Domiciliation
CCM ETAPLES

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)				
FR76	1027	8026	3600	0216 1400 176

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

Domiciliation
CCM ETAPLES
62 BOULEVARD DALOZ
62520 LE TOUQUET PARIS PLAGE
0 820 35 21 25

Titulaire du compte (Account Owner)
EURL GHL
32 PLACE DU GENERAL DE GAULLE
62310 FRUGES

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE

Crédit Mutuel

RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	02636	00021614001	76	EUR

Domiciliation
CCM ETAPLES

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)				
FR76	1027	8026	3600	0216 1400 176

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

Domiciliation
CCM ETAPLES
62 BOULEVARD DALOZ
62520 LE TOUQUET PARIS PLAGE
0 820 35 21 25

Titulaire du compte (Account Owner)
EURL GHL
32 PLACE DU GENERAL DE GAULLE
62310 FRUGES

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE

Crédit Mutuel

RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	02636	00021614001	76	EUR

Domiciliation
CCM ETAPLES

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)				
FR76	1027	8026	3600	0216 1400 176

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

Domiciliation
CCM ETAPLES
62 BOULEVARD DALOZ
62520 LE TOUQUET PARIS PLAGE
0 820 35 21 25

Titulaire du compte (Account Owner)
EURL GHL
32 PLACE DU GENERAL DE GAULLE
62310 FRUGES

Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVE