

# Facture acquittée

**M. CHRISTOPHE ROBERT**  
**OSTEOPATHE D.O.**  
15 B rue du Maréchal Lyautey  
70300 SAINT-SAUVEUR  
Tél. 03 84 93 68 10  
Siret 508 383 825 00025  
ADELI : 70 0 00004 5

N° 07/2023\_13363

mardi 11 juillet 2023

Mr CHOUX Michel  
13 rue de la Beurrerie  
70300 VILLERS LES LUXEUIL

N152497

Patient :

Mr CHOUX Michel

13 rue de la Beurrerie  
70300 VILLERS LES LUXEUIL

SERVICE COURRIER LE  
17 JUL. 2023

Date	Nature de l'acte	Tarif
11/07/2023	cabinet d'ostéopathie	60,00
Total :		60,00 €

Réglé par carte bancaire



Membre d'une association agréée. Accepte le règlement par chèque / espèce / carte bancaire .



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Loire

N° adhérent: N 159832  
N° AMC: 778542852

SERVICE COURRIER LE  
17 JUL. 2023

Mon numéro : 2 50 04 42 323 015 61  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
BOUCHETAL CARMEN  
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.  
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

**3646** Service gratuit  
+ prix appel

CPAM DE LA LOIRE - CS 72701  
42027 SAINT ETIENNE CEDEX 1  
0306954349 338680 250  
eco'pli CI 1505 28.06.23 13 VITROLLES PIC

Mme BOUCHETAL CARMEN  
32 TER RTE DE SAINT MARCELLIN  
42170 ST JUST ST RAMBERT

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 06 01 23 au 12 05 23.

Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire GESTION MUTUELLE. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	<b>pour CARMEN né(e) le 04 04 50</b> maladie ref 2201 2306010001085				
22 02 23	ACTE BIOLOGIE (B 95,00) participation forfaitaire à retenir (1) (2 PFT)	24,70	24,70	100%	24,70
	SOINS INFIRMIERS (AMI 1,90) franchise à retenir (1) (FRT)	5,99	5,99	100%	5,99
					- 2,00
					- 0,50
	<b>réglé au destinataire LBM UNILIANS ST JUST ST R AMBERT : 30,69 euros</b> ref 3151 2306710000203				
24 02 23	FRAIS SEJ. SOINS (GHS)	408,46	378,46	100%	378,46
	<b>réglé au destinataire CLINIQUE DU PARC ST PRIEST EN JAR. : 378,46 euros</b>				
24 02 23	ACTE TECH MEDICAL (ATM)	191,00	96,00	100%	96,00
	<b>réglé au destinataire JOUFFRE CLAUDE : 96,00 euros</b>				
24 02 23	ACTE TECH MEDICAL (ATM)	36,40	36,40	100%	36,40
	ACTE TECH MEDICAL (ATM)	56,00	56,00	100%	56,00
	<b>réglé au destinataire MOLLY DAMIEN : 92,40 euros</b>				
24 02 23	ACTE D ANESTHESIE (ADA)	48,00	48,00	100%	48,00
	<b>réglé au destinataire LARGERON ANNE-MARLENE : 48,00 euros</b> ref 3211 2307940001249				
17 03 23	VERRE OPTIQUE B (VM1)	183,00	0,05	100%	0,05
	VERRE OPTIQUE B (VM1)	183,00	0,05	100%	0,05
	<b>réglé au destinataire OPTIQUE DEVIGNE : 0,10 euros</b> ref 2691 2309410000518				
06 01 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13



Pour trouver des infos santé fiables et claires, je vais sur [ameli.fr/assure/sante](https://ameli.fr/assure/sante)



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Loire

Mon numéro : 2 50 04 42 323 015 61

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

BOUCHETAL CARMEN

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	<b>pour CARMEN né(e) le 04 04 50</b>				
	maladie				
	ref 2691 2309410000518				
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
13 01 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
20 01 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
03 02 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
17 02 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
03 03 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
10 03 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
24 03 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
31 03 23	ACTE DE KINESI. (AMS 7,50)	16,13	16,13	100%	16,13
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50

**réglé au destinataire RICCA LUCIE : 145,17 euros**

ref 3251 2313240010084

11 05 23	<b>HORS PARCOURS COORDONNE</b>				
	CS GENERALISTE Sect1 (GS)	25,00	25,00	100%	25,00
	participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)				- 1,00

**réglé au destinataire MORISSON OLIVIER : 25,00 euros**

ref 3171 2313710001066

12 05 23	PHARMACIE (PH7)	7,90	7,90	100%	7,90
	HONOR. DISPENS. (5 HD7)	5,10	5,10	100%	5,10
	franchise à retenir (1) (5 FRT)				- 2,50
	PHARMACIE (PH7)	1,92	1,92	100%	1,92
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	1,11	1,11	100%	1,11
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. AGE (HDA)	1,58	1,58	100%	1,58
	HONOR. DISP. SPEC (HDE)	3,57	3,57	100%	3,57

**réglé au destinataire GRANDE PHARMACIE DE SAINT RAMBERT : 23,73 euros**



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Loire

**SERVICE COURRIER LE**  
**17 JUL. 2023**

CPAM DE LA LOIRE - CS 72701  
42027 SAINT ETIENNE CEDEX 1

Mon numéro : 2 50 04 42 323 015 61  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
BOUCHETAL CARMEN  
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.  
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

Mme BOUCHETAL CARMEN  
32 TER RTE DE SAINT MARCELLIN  
42170 ST JUST ST RAMBERT

**3646** Service gratuit  
+ prix appel

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 16 01 23 au 05 04 23.

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
<b>pour CARMEN né(e) le 04 04 50</b>					
maladie					
ref 3171 2307210002610					
<b>08 03 23</b>	PHARMACIE (PH7)	1,74	1,74	100%	1,74
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH4)	15,88	15,88	30%	4,76
	HONOR. DISPENS. (4 HD4)	4,08	4,08	30%	1,22
	franchise à retenir (1) (4 FRT)				- 2,00
	PHARMACIE (PH7)	1,92	1,92	100%	1,92
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	100%	1,58
LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE					
<b>réglé au destinataire GRANDE PHARMACIE DE SAINT RAMBERT : 13,77 euros</b>					
ref 3171 2309710004137					
<b>05 04 23</b>	PHARMACIE (PH7)	1,11	1,11	100%	1,11
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	3,48	3,48	100%	3,48
	HONOR. DISPENS. (3 HD7)	3,06	3,06	100%	3,06
	franchise à retenir (1) (3 FRT)				- 1,50
	PHARMACIE (PH4)	7,94	7,94	30%	2,38
	HONOR. DISPENS. (2 HD4)	2,04	2,04	30%	0,61
	franchise à retenir (1) (2 FRT)				- 1,00
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	100%	1,58
LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE					

**réglé au destinataire GRANDE PHARMACIE DE SAINT RAMBERT : 13,75 euros**



Pour trouver des infos santé fiables et claires, je vais sur [ameli.fr/assure/sante](https://ameli.fr/assure/sante)



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Loire

Mon numéro : 2 50 04 42 323 015 61

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

BOUCHETAL CARMEN

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépende	remboursement	base du taux	montant payé
	<b>pour CARMEN né(e) le 04 04 50</b>				
	maladie				
	ref 3171 2313710000851				
<b>16 01 23</b>	PHARMACIE (PH7)	1,11	1,11	100%	1,11
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH4)	19,85	19,85	30%	5,96
	HONOR. DISPENS. (5 HD4)	5,10	5,10	30%	1,53
	franchise à retenir (1) (5 FRT)				- 2,50
	PHARMACIE (PH7)	5,80	5,80	100%	5,80
	HONOR. DISPENS. (5 HD7)	5,10	5,10	100%	5,10
	franchise à retenir (1) (5 FRT)				- 2,50
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. AGE (HDA)	1,58	1,58	100%	1,58

LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE

**réglé au destinataire GRANDE PHARMACIE DE SAINT RAMBERT : 22,61 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.**

**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Loire

**SERVICE COLLECTIF LE****17 JUL. 2023**

Mon numéro : 2 50 04 42 323 015 61

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

BOUCHETAL CARMEN

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	pour CARMEN né(e) le 04 04 50 maladie ref 3171 2313710001066				

(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.



14794

6706695434993002



**Mlle Larose Alice**

podologue

N° Adeli: 70 80 0051 8

65 avenue de Verdun

70500 jussey

Tel: 03 84 68 09 24 (cabinet)

## Facture acquittée

N° 07/2023\_1904

vendredi 7 juillet 2023

Mme Mauvais Edith

5 rue du chanois

70210 melincourt

Patient :

Mme Mauvais Edith

Assuré / Contact :

Mauvais Edith

5 rue du chanois

70210 melincourt

**SERVICE COURRIER LE**  
**17 JUIL. 2023**

Date	Nature de l'acte	Tarif
07/07/2023	Soins de pédicurie au cabinet	34,00
Total :		34,00 €

Réglé par chèque bancaire

Membre d'une association agréée. Accepte le règlement par chèque / espèce.



**De:** "La Fabrique aux lunettes" <contact@lafabriqueauxlunettes.com>  
**Date:** samedi 15 juillet 2023 10:06  
**A:** "Service Optique MMC" <serviceoptique@mutuelle-mmc.com>  
**Objet:** RE : PEC CLAUDEL NICOLE

Bonjour

Ci-joint les documents pour le reglement de la PEC de Mme Claudel

Cordialement,

Fanny & Nicolas Picot

**La Fabrique aux lunettes**

2-4 rue dauphine  
88100 Saint-Dié-des-Vosges  
03 29 55 40 80

---

**De :** [Service Optique MMC](#)  
**Envoyé le :** vendredi 7 juillet 2023 13:11  
**À :** '[contact@lafabriqueauxlunettes.com](mailto:contact@lafabriqueauxlunettes.com)'  
**Objet :** PEC CLAUDEL NICOLE

Bonjour,

Veuillez 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



**Priscilla | Conseillère Polyvalente - Service Prestations**  
[serviceoptique@mutuelle-mmc.com](mailto:serviceoptique@mutuelle-mmc.com) | 1317- 03.84.75.98.41 | [www.mutuelle-mmc.com](http://www.mutuelle-mmc.com)  
MMC 6, rue Paul Morel 70000 VESOUL



MMC  
6 rue Paul MOREL  
BP 80283  
70006 VESOUL CEDEX

**DEVIS DE REMBOURSEMENT OPTIQUE N° 1023006069**

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

**LA FABRIQUE AUX LUNETTES**

**2 RUE DAUPHINE**

**88100 SAINT DIE DES VOSGES**

**CONTACT**

**Ligne Directe : 03.84.75.98.41**

**Fax : 03.84.97.12.36**

**E-mail : serviceoptique@mutuelle-mmc.com**

Vesoul, le 7 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 : **CLAUDEL NICOLE** Né(e) le : **03/06/1944**

N° Dossier : **N157802** N° S.S. : **2440688323011 22**

Code Tiers National : **882607419**

Ce devis est établi en **euros**

Libellé Prestation	Frais réels	Base Régime Obligatoire	Remboursement Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle
V.c.B.C M-P.-8< Sph<0 C=<4 1	259.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver D Fort.Cor CR 1	259.00	0.05		110.00
V.c.B.C M-P.-8< Sph<0 C=<4 1	259.00	0.05	0.03	0.02
PartMut Ver G Fort.Cor CR 1	259.00	0.05		110.00
Monture Adulte Classe B 1	116.10	0.05	0.03	0.02
Monture Opt CR T.Libre 1	116.10	0.05		74.95
<b>TOTAUX</b>			<b>0.09</b>	<b>295.01</b>

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