

MEDIPOLE HOPITAL MUTUALISTE ETABLISSEMENT ESPIC

Éditée le : 13/07/2023 à 07:51

158 rue Léon Blum CS 20280 69616 VILLEURBANNE CEDEX

@:fides_ace@resamut.fr

Tél: 04 87 65 00 00

Fax: 04 87 65 02 78

Finess: 690041132 Sire

Siret: 444 532 766 - 00219

PRAECONIS 6 RUE PAUL MOREL 70006 VESOUL CEDEX

96.49

96.49

SERVICE COURRIER LE 1 7 IUIL. 2023

			FACTURE SOINS I	EXTE	RNE	S N° 9:	17606				
Date de n	naissance	: 08/09/	1937	N°	SS : 2	237096938	2063 74				
Assuré :		JACOB '	Yvonne								
Débiteur	AMO :	016910	0000 - CPAM du Rhone	69	1				☐ R	égime Alsac	ce Moselle
Débiteur	AMC :	PRAECO	ONIS	N°	Adhé	rent mutue	elle : 23709	693820	06374		
	-	•	Condition d	e prise	en ch	arge			••		
⊠ Mala	die			☐ Ac	ciden	t					Maternité
Parcours	de Soins :	O - le pa	tient est Orienté par son médecin trai	tant - p	résen	ce du nom	du médeci	n traitai	nt		
N° dossie	r: 62398	9541	IPP: 7023600	M	Γ:		D	MT :			- · · · -
Période d	lu 15/06,	/2023 au	15/06/2023	Un	ité fo	nctionnelle	MCE				
DA	TE		DÉSIGNATION			Prix			Taux		
Début	Fin	Code	Libellé		Qté	unitaire TTC	Base remb.	AMO	PeC AMC	Montant AMC	A votre charge €

Montant Total à payer	€	28.95
Somme perçue	€	0.00
Reste à payer	€	28.95

30

28.95

28.95

Facturé le : 15/06/2023

15/06/23

ADE

CRUCHAUDET Batistina - Cardiologie

RESAMUT

15/06/23

N° IPP: 7023600

Facture n °: 917606

Code guichet

02280

Date :

Montant : 28.95€

NOM:

JACOB

Code Banque

30003

PRÉNOM : Yvonne

Numéro de compte Clé RIB Domiciliation
00067055148 33 SG

IBAN FR76 3000 3022 8000 0670 5514 833 BIC SOGEFRPP

Date de la facture AMC: 03/07/2023

			1 0194	nisme complén 2017	mentaire	Code		Adresse E	3.P. 283 0006 VESOUL CEDEX					
Identi	ficatio	on de	l'étab	lissement	Nº FINESS	680000320		CODE			Référ	ences à rappele	r	Signature
DIACON	AT FON	ERIE	•					CATEGORI	E	Clé fac	ture C		de	l'assuré(e)
RUE	SAINT	SAUVE	UR BP12	37				365		Nº de 1	ot			
68054	MULHOU:	SE CE	DEX							Nº de f	acture 110	624976		
		٠,								Nº d'en	trée 230	02764.02	Absenc	e de signatur
Oomici	liatio	ı ban	caire de	e l'établisse	ement CAISS	E D EPARGNE	SF	RVICECO	IRRIER LE	Nº PEC	AMC			
BAN F	R76 15	13 50	90 1708	0001 2289 0	71 BIC CEPA	FRPP513		17 JUIL		Nº feui	llet 1	/ 2	I	
e bén	éficia:	ire d	es soins	3					L'assuré(e) titul	aire du co <u>ntr</u> a	t AMC			
lom de	naissa	ınce	et prénd	om(s) BURKHAI	TER ROLAND				Nom de naissance	et prénom(s) B	URKHALTER	ROLAND		
suivi	s'il y	a li	eu du no	om d'usage					suivi s'il y a li	eu du nom d'us	age			
V° d'i	mmatri	culat	ion et	clé 15111702	35587 83				Nº d'immatriculat	ion et clé			Nº de cor	trat/adhérent
ode o	rganis	n e de	rattacl	nement 02 70	Date et r	ang de naissa	nce 12/11	/1951-1	adresse 11 RUE DE	COISEVAUX				
№ cen	tre ges	stion	naire		Date débu	t hospitalisa	tion 01/03	/2023	70400 COU	THENANS			15111	70285587
Entrée	le 01,	/03/2	023 14		Sortie le	03/03/2023 1	4							
		_			Cond	itio ns de pri	se en char	ge du béné	ficiaire <u>de</u> s soin	<u> </u>				
Mal	adie	OUI			•			Acciden	t causé par un ti	ers NON		Si oui,	date	
Mat	ernité	NON		AT,	MP NON			Evonéra	tion forfait iour			nining 1	1	
								PVOIGE	tion forfait jour	nalier NON		Regime A	lsace Mos el le	NON
										naller NON		Regime A	Isace Moselle	NON
								e structur	e et de soins					
MT			Code	Pér	ode	P.U.	Frais d			Base remb	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC	Assuré(e)
		С		Du	ode au	de l'étab.	Quant.	e structur Coeff.	e et de soins	Base remb	Taux	Mt. AMO		
			GHS	Du 01/03/23	au 03/03/23	de l'étab.	Quant.	coeff.	e et de soins	Base remb			Mt. AMC	Assuré(e)
		C M M	GHS PAS	Du 01/03/23 03/03/23	au 03/03/23 03/03/23	de l'étab. 1861,04 24,00	Quant.	coeff.	e et de soins	Base remb	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC	Assuré(e
5		C M M	GHS PAS FJ	Du 01/03/23 03/03/23 01/03/23	03/03/23 03/03/23 02/03/23	de l'étab. 1861,04 24,00 20,00	Quant.	Coeff. 1,00 1,00 1,00	e et de soins Mt. Facturé 1861,04	Base remb	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC 24,00 40,00	Assuré(e)
3		C M M M	GHS PAS FJ FJA	Du 01/03/23 03/03/23 01/03/23 03/03/23	ode au 03/03/23 03/03/23 02/03/23 03/03/23	de l'étab. 1861,04 24,00 20,00 20,00	Quant.	coeff. 1,00 1,00 1,00 1,00	e et de soins Mt. Facturé 1861,04 20,00	Base remb	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC 24,00 40,00 20,00	Assuré(e)
3		C M M	GHS PAS FJ	Du 01/03/23 03/03/23 01/03/23 03/03/23	03/03/23 03/03/23 02/03/23	de l'étab. 1861,04 24,00 20,00 20,00	Quant.	Coeff. 1,00 1,00 1,00	e et de soins Mt. Facturé 1861,04	Base remb	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC 24,00 40,00	Assuré(e)
3		C M M M	GHS PAS FJ FJA	Du 01/03/23 03/03/23 01/03/23 03/03/23	ode au 03/03/23 03/03/23 02/03/23 03/03/23	de l'étab. 1861,04 24,00 20,00 20,00	Quant.	coeff. 1,00 1,00 1,00 1,00	e et de soins Mt. Facturé 1861,04 20,00	Base remb	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC 24,00 40,00 20,00	Assuré(e)
MT		C M M M	GHS PAS FJ FJA	Du 01/03/23 03/03/23 01/03/23 03/03/23	ode au 03/03/23 03/03/23 02/03/23 03/03/23	de l'étab. 1861,04 24,00 20,00 20,00	Quant.	coeff. 1,00 1,00 1,00 1,00	e et de soins Mt. Facturé 1861,04 20,00	Base remb	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC 24,00 40,00 20,00	Assuré(e)
6		C M M M	GHS PAS FJ FJA	Du 01/03/23 03/03/23 01/03/23 03/03/23	ode au 03/03/23 03/03/23 02/03/23 03/03/23	de l'étab. 1861,04 24,00 20,00 20,00	Quant.	1,00 1,00 1,00 1,00	e et de soins Mt. Facturé 1861,04 20,00 135,00	Base remb R.O. 1861,04	Taux	Mt. AMO 1797,04	Mt. AMC 24,00 40,00 20,00 135,00	Assuré(e)
		C M M M	GHS PAS FJ FJA	Du 01/03/23 03/03/23 01/03/23 03/03/23	ode au 03/03/23 03/03/23 02/03/23 03/03/23 03/03/23	de l'étab. 1861,04 24,00 20,00 20,00 45,00	Quant.	coeff. 1,00 1,00 1,00 1,00 1,00 -total 1	e et de soins Mt. Facturé 1861,04 20,00 135,00 2016,04	Base remb R.O. 1861,04	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC 24,00 40,00 20,00	Assuré(e
	DMT	C	GHS PAS FJ FJA CPC	Du 01/03/23 03/03/23 01/03/23 03/03/23 01/03/23 01/03/23	03/03/23 03/03/23 03/03/23 02/03/23 03/03/23	de l'étab. 1861,04 24,00 20,00 45,00	Quant.	2 structur Coeff. 1,00 1,00 1,00 1,00 1,00	e et de soins Mt. Facturé 1861,04 20,00 135,00 2016,04 ités pharmaceutique	Base remb R.O. 1861,04	Taux 100	Mt. AMO 1797,04	Mt. AMC 24,00 40,00 20,00 135,00	Assuré(e)
3	DMT	C	GHS PAS FJ FJA	Du 01/03/23 03/03/23 01/03/23 03/03/23	03/03/23 03/03/23 03/03/23 02/03/23 03/03/23	de l'étab. 1861,04 24,00 20,00 20,00 45,00	Quant.	coeff. 1,00 1,00 1,00 1,00 1,00 -total 1	e et de soins Mt. Facturé 1861,04 20,00 135,00 2016,04	Base remb R.O. 1861,04 1861,04 1888 Base remb	Taux	Mt. AMO 1797,04	Mt. AMC 24,00 40,00 20,00 135,00	Assuré(e) R.A.C
	DMT	C	GHS PAS FJ FJA CPC	Du 01/03/23 03/03/23 01/03/	03/03/23 03/03/23 02/03/23 03/03/23 03/03/23 Produits	de l'étab. 1861,04 24,00 20,00 45,00 de la LPP fa Imp.	Quant.	coeff. 1,00	e et de soins Mt. Facturé 1861,04 20,00 135,00 4 2016,04 ités pharmaceutique Mt. Facturé	Base remb R.O. 1861,04 1861,04 Les Base remb R.O.	Taux 100	Mt. AMO 1797,04	Mt. AMC 24,00 40,00 20,00 135,00	Assuré(e)
3	DMT	C	GHS PAS FJ FJA CPC	Du 01/03/23 03/03/23 01/03/23 03/03/23 01/03/23 01/03/23	03/03/23 03/03/23 02/03/23 03/03/23 03/03/23 Produits	de l'étab. 1861,04 24,00 20,00 45,00	Quant.	2 structur Coeff. 1,00 1,00 1,00 1,00 1,00	e et de soins Mt. Facturé 1861,04 20,00 135,00 2016,04 ités pharmaceutique	Base remb R.O. 1861,04 1861,04 1888 Base remb	Taux 100	Mt. AMO 1797,04	Mt. AMC 24,00 40,00 20,00 135,00	Assuré(e) R.A.C
3	DMT	C	GHS PAS FJ FJA CPC	Du 01/03/23 03/03/23 01/03/	03/03/23 03/03/23 02/03/23 03/03/23 03/03/23 Produits	de l'étab. 1861,04 24,00 20,00 45,00 de la LPP fa Imp.	Quant.	coeff. 1,00	e et de soins Mt. Facturé 1861,04 20,00 135,00 4 2016,04 ités pharmaceutique Mt. Facturé	Base remb R.O. 1861,04 1861,04 Les Base remb R.O.	Taux 100	Mt. AMO 1797,04	Mt. AMC 24,00 40,00 20,00 135,00	Assuré(e) R.A.C
	DMT	C	GHS PAS FJ FJA CPC	Du 01/03/23 03/03/23 01/03/	03/03/23 03/03/23 02/03/23 03/03/23 03/03/23 Produits	de l'étab. 1861,04 24,00 20,00 45,00 de la LPP fa Imp.	Quant.	coeff. 1,00	e et de soins Mt. Facturé 1861,04 20,00 135,00 4 2016,04 ités pharmaceutique Mt. Facturé	Base remb R.O. 1861,04 1861,04 Les Base remb R.O.	Taux 100	Mt. AMO 1797,04	Mt. AMC 24,00 40,00 20,00 135,00	Assuré(e) R.A.C

	Exécutant S	Sp ZT	C Date	Date	Code	TD	P.U.	Mod		Coef.	Code	Mt facturé I	OP Base Remb	Taux	Mt. AMO	Mt. AMC	Assure
C			C Acte						Exp	/Qté	Ass		R.O.			_	R.A.
	681043725 0		'	,	APC		55,00			1,00		55,00	55,00	100	55,00		
01	681043725	2 34	3 02/03/	23	ADA		94,55	7		1,00		100,22	100,22	100	100,22		
02 901010587	683791569	0 24	1 01/03/	23	TB		2,52			1,50		3,78	3,78	100	3,78		
02 901010587	683701569	0 24	1 01/03/	23	В		0,26			256,00		66,56	66,56	100	66,56		
02 901010587	683701569	4 20	1 03/03/	23	IMA		3,15			1,50		4,73	4,73	100	4,73		
02 901010587	683701569 3	0 24	1 03/03/	23	В		0,26			177,00		46,02	46,02	100	46,02		
03	681823423	3 24	1 02/03/	23	ATM		26,88			1,00		26,88	26,88	100	26,88	1	
03	681823423	3 24	1 03/03/	23	ATM		26,88			1,00		26,88	26,88	100	26,88		
04	901010587	3 25	1 01/03/	23	CS		23,00			0,80		18,40	18,40	100	18,40		
04	901010587 0	3 25	1 01/03/	23	MCS		5,00			1,00		5,00	5,00	100	5,00		
04	901010587	3 25	1 01/03/	23	ATM		14,26			1,00		14,26	14,26	100	14,26		
04	901010587	3 25	1 01/03/	23	MPC		2,00			1,00		2,00	2,00	100	2,00		
05	681821633 0	3 25	1 02/03/	23	ADI		263,34	1	1 1	1,00		263,34	263,34	100	263,34	1	
05	681821633 0	3 25	1 02/03/	23	MTA		386,38			1,00		386,38	386,38	100	386,38		
	l i		, i		Ì	11		Ì									
	İ	1 1	Ĺ		İ	İÌ			1 1		İ	i	İ			1	1
		i		Ì	İ	ii			i		i i	i	į			İ	ĺ
	i	i	ĺ		i	ìi		i	i		i		i			i	Ì
		i			i	i		Ì	i		i				'	1	Ì
		i	i			Ì					i	i					
			-							Sous-to	tal 3	1019,45	1019,45		1019,45		
Transfert proviso	oire - Nº FJ	NESS	établiss	ement 1					N	FINESS	établis	sement 2					
MANDATAIRE(S)			Nº 1	2345	MANDA	ATAIRE (S)		-	No		MANT	ATAIRE(S)			No.	
Banque SOC GEN MU	JLHOUSE				Banq	ie						Banc	fue	C	EDVICE CO	HDDIEDIE	,
IBAN FR76 3000 30	24 2000 050	0 175	9 822		IBAN							IBAN	1	J	INVICE	URRIER LE	
BIC SOGEFRPPXXX					BIC							BIC			17 nm	. ?0??	
Montant facturé p	ar le prati	.cien															
————— № 1	313 Nº 2		6	40 Nº 3		911	Nº 4			933 Nº	5	1933	No.		No		
	LABOF	ATOIR	RE DIACON	AT DR RO	USSEL		DR SEW	VOKE		DR	SEWOKE						
OR HAMOUSZ POPA	CTTT	ST SA	UVEUR	PIERR	E FRANCO	DIS	PRADIE	P		PR	ADIP						
	SITE						ADELT	90101	0597	ΔD	ELI 681	021622	ADELI		ADE	T.T	
OR HAMOUSZ POPA		6837	01569	ADELI	6818234	123	ADELI	30101	0307	M	PDI 001	077033			ND D	LI	
R HAMOUSZ POPA MARCISA			01569	ADELI Euros	6818234	123	Euros	90101	0307		ros	021033	Euros		Eur		

BORDEREAU D'ENVOI: 69439 2017 DIACONAT FONDERIE B.P. 283 1 RUE SAINT SAUVEUR BP1237 DESTINATAIRE : PARTENAIRE DE SANTE 70006- VESOUL CEDEX 68054 - MULHOUSE CEDEX ETABLI LE : 10/07/23 TELEPHONE : 0389367575 Monnaie : EURO N° DOMI : 680000320 APE : 8610Z N° SIRET : 77895055000070 * RESERVE A LA CAISSE N° SIRET : 77895055000070 CODE CATEGORIE : 365 STJ : 73 * REFERENCE * NOMBRE DE DOSSIERS RETOURNES : * NOMBRE DE DOSSIERS A SAISIR : * NOMBRE DE DOSSIERS SAISIS : N° CTR DOSSIER. FACTURE NOM / PRENOM BEN NUMERO HOSPITALISATION NB. MONTANT (E) MONTANT (E) MONTANT (E) IMMATRICULATION DEBUT FIN JOURS CLINIQUE HONORAIRE T O T A L 001 000 23002764.02 10624976 BURKHALTER ROLAND 1 1511170285587 83 1.03.23 3.03.23 2 219,00 219,00 DOMICILIATION FR. SEJOUR CAISSE D EPARGNE
IBAN FR76 1513 5090 1708 0001 2289 071 NOMBRE MONTANT (E) MONTANT (E) MONTANT (E) DOSSIERS CLINIQUE HONORAIRE TOTAL BIC CEPAFRPP513 MANDATAIRE A CREDITER DRS HAFFNER-PIERREL *
DOMICILIATION HONORAIRES SOC GEN MULHOUSE *
IBAN FR76 3000 3024 2000 0500 1759 822 *
NUMERO DE COMPTE - CLE 00050017598 22 *

TOTAUX 1 219,00 219,00 219,00

SERVICE COURRIER LE 17 IIIL. 2022

Bordereaux.rpt v 7.0.6

BORDEREAU TIERS PAYANT

Date: 04/07/2023

Bordereau N°: 1954

Facturation arretée le : 04/07/2023

Finess: 930030507

CENTRE DE SANTE HOTEL DE VILLE BOBIGNY

32821288506

2 AV PAUL ELUARD

93000 BOBIGNY

Banque i 4707 PRAECONIS

GRUE PAUL MOREL

ASS MEDECINE POLYVALENTE

Agence 00001

IBAN: FR7614707000013282128850668

BIC: CCBPFRPPMTZ

70000 VESOUL

/

Dossier FSE	Matricule	Nom Ass	ure	Be	inéficiaire	Né(e) le	Lien Assuré	Date F	acture	Adhé	rent	Risque
Prescripteur	Praticien / Sp	écialité	Date de	e l'Acte	Acte	N°de dents	Total	TRSS	R.O	R.C	Autre	Patiem
130885	28204930010811 7	ABDESSAM. CHIRAZ	AD	ABD	ESSAMAD RAZ	16/04/1982	Assuré	30/00	6/2023	2820493	180100	10 0
	BERNABEI / 15		30/06	/2023	CS		23.00 €	23,00 €	16.10 €	6.90 €	0,00 €	0.00 €
	BERNABEL/ 15		30/06	/2025	Mec		2006	2,00 €	1,40 €	0,60 €	0.00€	9.00€
	BERNABEI / 15		30/06	/2023	MCS		5.00 €	5.00 €	3,50 €	1,50 €	0,00€	0.60 €
				<u> </u>					Montan	t à Régle	r:9.00 F	

Nº de bordereau: 1 954

Nombre de dossiers : 1

Montant Total à régler : 9.00 €

SERVICE COURRIER LE 1 7 IUIL 2023

CENTRE DE SANTE HOTEL DE VILLE BOBIGNY

2, Avenue PAUL ELUARD

93000 BOBIGNY

Tél: 01.42.11.11.02

N° Finess: 93 0 03050 7

Patient :

ABDESSAMAD Chiraz (N°: 30883)

Né(e) le : 16/04/1982

Lien:

Assuré N° SS: 2 82 04 93 001 081 (17)

Risque: 10 0 Maladie

FACTURE

Fact / FSE 130 885 / 0

Praticien **BERNABEI** Federico

15 Ophtalmologue

Page 1 of 1

30/06/2023

du:

Assuré: ABDESSAMAD Chiraz

Adresse: 23 av paul eluard

93000 BOBIGNY

Date Soins	Cotation	Quantité	TRSS	E.D.	Montant
30/06/2023	Consultation Ophtalmo CS	1,00	23,00	0,00	23,00
30/06/2023	Consultation Ophtalmo MPC	1,00	2,00	0,00	2,00
30/06/2023	Consultation Ophtalmo MCS	1,00	5.00	0.00	5,00

Acquities

CEDVICE COURRIER LE 1 7 1111 2023

Montant des avances consentie	es		A la charge o	le l'assuré	
01931 CPAM 93 BOBIGNY	21,00				
70000854/PRAECONIS	9,00	Espèces 0.00 €	<u>Chèque</u> 0.00 €	<u>C.B.</u> 0.00 €	<u>Autre</u> 0.00 €
<u>Total :</u>	30,00 €	<u> </u>	Reste dû le	10/07/2023	0,00

SERVICE COURRIER LE 1 7 JUIL. 2023

JUSSIEU SECOURS BELFORT SN AMBULANCES EHRET BELFORT SN 10 RUE DU FOUGERAIS

90400TREVENANS Tél: 03.81.34.21.38 Fax: 03.81.30.49.37

PRAECONIS

6 RUE PAUL MOREL

70000 VESOUL

TREVENANS, le 06/07/2023

Finess identifiant professionel:- 902510650

Objet: Encours Règlement / relance Partenaire

R1/BAR2

FACTURE N° 000993953

AMC:

N°Adhérent: N134535

Madame, Monsieur,

Sauf erreur ou omission de notre part, nous ne trouvons pas trace du règlement relatif à la facture détaillée ciaprès, transmise à vos services le ou 15/06/2023 lot n° 025598.

Bénéficiaire : JACQUENET ANDREE, Date de naissance:22/12/1934

Assuré : JACQUENET ANDREE, N° SS :

2341290010071 87 &

3 RUE PIERRE ET MARIE CURIE

EHPAD MAISON JOLY //SECTEUR OUEST

25200 MONTBELIARD

Détail prestation:

Transport : Ambulance code acte ABA du 24/05/2023 au

Trajet aller :MONTBELIARD HNFC EHPAD MAISON JOLY // TREVENANS HNFC//IMAGERIE MEDICALE

Trajet retour : //

Facture : 000993953 Emise le 15/06/2023

Montant : 91.49 Euros

Remboursement SS : 59.47 Taux: 65.00 %

Reste Du : 32.02

Aucune réserve de votre part ne nous étant à ce jour parvenue.

Nous vous serions donc très obligés de bien vouloir faire le nécessaire afin que ce dossier puisse être rapidement réglé, sans réglement de votre organisme dans le délais conventionnel de 21 jours nous serons dans l'obligation de ne pas accordé le tiers payant a votre assuré a ce titre nous demanderons au bénéficiaire de ce transport de régler ce dernier, sauf réserves que vous ne manquerez pas de nous communiquer.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations dévouées.

Service Comptabilité Tel: 03.81.34.21.38 Fax: 03.81.30.49.37

IRAN

FR76 3000 4004 0100 0102 8511 811 BNPAFRPPXXX

FACTURE DE TRANSPORT

SERVICE COLURRIED LE

Χ

VEHICULE SANITAIRE LEGER (VSL) 15/06/2023

AMBULANCE 000993953AFG

ABG

.1 7 JUIL 2023

Date de la facture

Nº de la facture

			Personne tr	ansportée (et assuré(e)		
	onne bénéficiaire du	transport		IACOLIEN	IET ANDREE		
Nom et	prénom famille (de naissance) suiv	i du nom d'usage i	facultatif et s'il y a lieur	,			
	o d'immatriculation	2 0 4		0 0 7	1 8 7	nom et n° du centre de pai mutualiste (pour_les_salar	ement ou de la sectio iés) ou nom et n° d
Date de	e naissance	22/12/193	4			01/25 13 RAME COMPINS SQIPE 01/25 13 RAME COMPINS (CPAM HD 9 BLD DES ALL 70000 VESOUL CEDEX	HEZIGPAM 70 iarié. IES
Nom et	ré(e) (à remplir si la perso prénom famille (de naissance) suiv		, ,			70000 VEGOGE GEBEX	
	o d'immatriculation						
• Ce tra	nsport est-il en rapport ave	ec un accident ca	usé par un tiers (hors A	T/MP)? No	n Cui	Date de l'accident	
	MAISON J		on du prescripteur	et de la str	ucture dan	s laquelle il exerce	
Nom et	t prénom 250017233	OL I		Raison so			
Identif				N° de la s			
OU Sar	mu-Centre 15, n°de	mission	• .	Si prescriptio	n en ligne, n°	_	
		Transport o	ffectué (si transpo	orts multiple	es, veuillez c	ocher la case 🔝)	
Aller	date lieu de prise en ches destination membre(s) de l'équipa	MAGERIE ME	CHE ABEDALVAI	RES JEREM		heure du départ 15 05 heure de l'arrivée GJ-343-SN	Nbre Km 20
Retour	date lieu de prise en char destination membre(s) de l'équipa			P	V	heure du départ heure de l'arrivée éralogique du véhicule	Nbre Km
			1	rification			
m	orfait : départementa ajoration nuit		nération PE			Quantité 	Montant 52.05
	ajoration samedi (à pa	irtir de 12 nj/di	manche/jour terie			17	39.44
m	arif kilométrique ajoration nuit ajoration samedi (à pa	artir de 12 h)/di	manche/jour férié				
- 3) V	alorisation trajet cou	ırt de jour					
-4) V	alorisation trajet cou	ırt de nuit					
- 5) V	alorisation trajet cou	ırt samedi (à ¡	partir de 12 h)/dim	anche/jour	férié		
	upplément : aéroport itre (à préciser)		prématuré, incuba		amu-Centre		
	battement pour tran		. dayy nation	ts		-	
- 8) P	éage (en cas de transport pe	artagé, le montant d	es péages doit être divisé p	ar le nombre de	personnes transp	portées)	
• B	ASE DE REMBOURSE	MENT				<u>-</u>	91.49
Pa	art de l'organisme	65 % x		_	59.47	_	
	art de l'assuré(e)	35 % x) = -	32.02		
Sı	upplément non remb	oursable (à de	tailler)				0.00

 MONTANT TOTAL DE LA FACTURE • DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS : totale partielle PAIEMENT DIRECT

Raison sociale JUSSIEU SECOURS BELFORT SN Adresse AMBULANCES EHRET BELFORT SN 90400 TREVENANS

Nº d'identification: 902510650

32.02

Fait à TREVENANS

Somme à payer par l'assuré(e)

15/06/2023

Signature du transporteur

Attestation de l'assuré(e) (facultative si annexe remplie et signée)

L'assuré(e), le bénéficiaire du transport ou son représentant atteste de la réalisation du transport mentionné ci-dessus et de la somme réglée, le cas échéant. II (elle) s'engage à payer au transporteur tout ou partie de la facture en cas de refus total ou partiel de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie. Fait à TREVENANS 15/06/2023 ZW, Signature

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale). CNAM 715 - XII 2017



2 CHEMIN DES RONZIERES, 69390 VOURLES

Fax: 04 72 50 89 65

SERVICE COURRIER LE 1 7 JUIL. 2023

PRAECONIS

6 RUE PAUL MOREL 70006 VESOUL CEDEX France Métropolitaine

FACTURE Nº 1299118 du 30/06/2023

Patient

(Né(e) le 19/03/1952)

Monsieur FAURE ROBERT

50006874 50006874

Taux de prise en charge : 60.00 %

Accord AMO: 11/03/2023

1 52 03 42 091 001 84 <u>Assuré</u>

Monsieur FAURE ROBERT

Adresse de l'organisme

ST ETIENNE (CPAM)

3 Parvis Pierre Laroque

CEDEX 1

42000 SAINT ETIENNE

Prescription du 24/02/2023

Par DOCTEUR REYNAUD MORGAN

Nº 421007840

Org. AMC: PRAECONIS

Nº Adhérent : N159847

Lot FSE nº097 : Télétransmise

Page 1/1

RÉF. / LPP	DÉSIGNATION	QTÉ	P.U.	BASE REMB.	PART RO	PART RC	PART CLIENT	TVA
1187880	PPC 9.TL1 (+ DE 112 H) AMO : 60% - AMC : 052-100%TM Loc.du 01/06/2023 au 28/06/2023	4	15.58			_	CLIENT	1 _ 1

Nº de professionnel: 692647191

	TVA	MT. HT	TAUX	MT. TVA
ı	10	51.93	20.00%	10.39

AU 10/07/23	MT. TTC	RÉGLÉ AU	RESTE AU
Part RO	37.39€		37.39€
Part RC	24.93€	1	24.93€
Part client	0.00€		0.00€
TOTAL	62.32€	Tiers payant intég	ral

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE LES HABERGES



SELARL CIMVES 13 RUE DU DR NOEL COURVOISIER-7000070000 VESOUL

SIRET: 44315276400041

IRM – SCANNER – MAMMOGRAPHIE – ECHOGRAPHIE – OSTEODENSITOMETRIE – RADIOGRAPHIE Prise de rendez-vous : en ligne sur <u>www.cimves.fr</u> ou par téléphone au 03.84.75.67.89

SERVICE COURRIER LE

MMC - MUTUELLE MEDICO CHIRURGICALE/ PREVALOIS/ PREAGONIS 6 Rue Paul Morel 70000 VESOUL

NOTE D'HONORAIRES N°000086674

Désignation	Montant TTC
Dossier n° 012106070090	
Date examen: 07/06/2021	1
Radiologue : Dr Jonathan ZIPFEL RPPS : 810100822591	Montant Total 67,77
FINESS: 701700338 Patient:	Montant AMO 47,44
CLAUDE DELAIN Né(e) le : 18/02/1949 Num SS : 1490270550139-04	Montant AMC 20,33 €

TVA non applicable, selon article 293 B du CGI

Montant Régime Complémentaire restant à Régler 20,33 €

Conditions de règlement : En votre aimable règlement comptant :

Par Chèque à l'ordre de : CIMVES

Par virement:

Réf. Bancaire: VIREMENT HONO VESOUL - 30004 / 00433 / 00010116947-32

SELARL CIMVES - 70000 VESOUL

Détail cotation :

Code Acte	Code Regroupe	Activité	Modificateurs	Association	Base	Dépassement	Montant
NFQK003	ADI	1	Z	ı	29,97 €	0,00 €	29,97 €
PBQM003	ADE	1		1	37,80 €	0,00 €	37,80 €
Montant Total des Actes :							67,77 €

