

SERVICE COURRIER LE

17 MARS 2023

PRAECONIS

6 RUE PAUL MOREL

70006 VESOUL CEDEX

France Métropolitaine

FACTURE N° 1306208 du 30/06/2023

Patient (Né(e) le 24/10/1948)

Monsieur CHARET JEAN PAUL

Adresse de l'organisme

ST ETIENNE (CPAM)

3 Parvis Pierre Laroque

CEDEX 1

42000 SAINT ETIENNE

50024871 50024871

Taux de prise en charge : 60.00 %

Accord AMO : 17/02/2023

Assuré 1 48 10 42 091 010 92

Monsieur CHARET JEAN PAUL

LE CROZET

42550 APINAC

Prescription du 02/02/2023

Par DOCTEUR WEBER JEAN-GUILLAUME

N° 421702713

Org. AMC : PRAECONIS

N° Adhérent : N155807

Lot FSE n°462 : Télétransmise

Page 1/1

RÉF. / LPP	DÉSIGNATION	QTÉ	P.U.	BASE REMB.	PART RO	PART RC	PART CLIENT	TVA
1115455	PPC 9.TL2 (56 H - 112 H) AMO : 60% - AMC : 052-100%TM Loc. du 01/06/2023 au 21/06/2023	3	9.74	9.74	17.53	11.69	0.00	10

N° de professionnel : 692647191

AU 10/07/23

TVA	MT. HT	TAUX	MT. TVA
10	24.35	20.00%	4.87

	MT. TTC	RÉGLÉ AU	RESTE AU
Part RO	17.53€		17.53€
Part RC	11.69€		11.69€
Part client	0.00€		0.00€
TOTAL	29.22€	<i>Tiers payant intégral</i>	

LENVAL - HOPITAUX PEDIATRIQUES
57 AV DE LA CALIFORNIE

FACTURE

06200 NICE
TEL : 0492030392
PATIENT DEGRANDI
Nom J.F. : DEGRANDI
Adresse : 550 CHEMIN DU VIGNAL

FINESS N° ENTREE DATE ENTREE
060780947 236150731 19/06/2023
ETHAN
Né(e) : 14/01/2013 A : 06

Facture 1195756
Emise 07/07/2023
N° Bordereau 349968
N° Feuille 1/1
Exercice 2023
IPP 92049789

06670 LEVENS
PERIODE DU : 19/06/2023 AU : 19/06/2023
SORTIE : 19/06/2023

DESTINATAIRE
PRAECONIS PREVALOIS MUTUALP TAKAFUL
6 RUE PAUL MOREL BP 80283
70006 VESOUL CEDEX

ASSURE NOM : DEGRANDI Magali
N° SS : 281120600403475 BENEFICIAIRE : 6
ORG. : 010610000 RISQUE : 10
MUTUELLE : 182070608823489
DOS. AMH :

OBSERVATIONS : Le télépaiement pour régler cette facture est disponible via notre site https://lenval.org/paiement_facture

DATE	DESIGNATION	NBRE	TARIF	DMT	TAUX	A VOTRE CHARGE	MEDECIN
19/06/2023	Forfait participation ass	1	24.00		100	24.00	ROCIU CIPRIAN
SERVICE COURRIER LE 17 JUIN 2023							

SOCIETE GENERALE // IBAN: FR7630003009500003752000019 Sous - Total 24.00
BIC: SOGEFRPPXXX
INDIQUER IMPERATIVEMENT LE N° DE FACTURE LORS DE VOS PAIEMENTS.
A PAYER 24.00 euro(s)
Chèque libellé à l'ordre de : FONDATION LENVAL

Rèlements		
Date	Mode de Paiement	Montant

BORDEREAU DE FACTURES

Ets : FONDATION LENVAL LENVAL - HOPITAUX PEDI 57 AV DE LA CALIFORNIE		Bordereau : 349968 Date bordereau : 07/07/2023		Date : 07/07/2023 Page : 1/1 Exercice : 2023 Relance :			
06200 NICE Finess : 060780947		Catégorie : 699		Code Débiteur 338950			
RIB : Etablissement Guichet N° Compte Clé Rib IBAN : SWIFT :			Destinataire : PRAECONIS PREVALOIS MUTUALP TAKAFUL 6 RUE PAUL MOREL BP 80283 70006 VESOUL CEDEX				
Facture	Séjour	Nom - Prénom du Patient	N° ADH.	Date	A Votre Charge	Emargement	Bordereau Origine
1195756	236150731	DEGRANDI ETHAN	182070608823489	07/07/2023	24.00		
Report page précédente TOTAL à reporter					24.00		
Total à votre charge					24.00 euro(s)		

SERVICE COURRIER LE

17 JUIN 2023

Identification de l'organisme complémentaire PRAECONIS		Code PRAE70V02		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL									
Identification de l'établissement CENTRE JEAN PERRIN 58, Rue Montalembert, B.P. 392 63011 CLERMONT FERRAND CEDEX 1		CODE CATÉGORIE 131	Coefficient MCO 0,9683 Coefficient HAD 0,9683	Références à rappeler Clé facture C N° de lot 32813,00 N° Facture 230509562 N° d'entrée 23151511 N° Feuillet 1/2									
Domiciliation bancaire de l'établissement BANQUE POSTALE CLERMONT		Bic PSSTFRPPCLE		Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>									
IBAN FR13 2004 1010 0301 4461 4W02 407 Banque 20041 Guichet 01003 Compte 0144614W024 Clé 07													
Le bénéficiaire des soins			L'assuré(e) titulaire du contrat AMC										
Nom de la patiente/patients RINGUET Nathalie Date de la facture : 31/05/2023			Nom de l'assuré(e) titulaire RINGUET Nathalie Date de la facture : 31/05/2023										
N° d'immatriculation et clé 2 70 11 63 178 027 54 Code organisme de rattachement 01631 N° centre gestionnaire 01 631 608 Entrée le 26/05/2023 14:33		Date et rang de naissance 07/11/1970 1 Date début hospitalisation Sortie le 26/05/2023		N° contrat/adhèrent(e)									
		N° d'immatriculation et clé 7 RUE DU BAC Adresse 63570 BRASSAC LES MINES											
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins													
Malade <input checked="" type="checkbox"/>		Accident cause 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 type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Régime A.saco 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	

SERVICE COMPTABLE
17 JUL. 2023

Sous-total 1

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

Le 04/07/2023 14:20 (Ibernard)

Transfert	N° de case	N° identification prescripteur	N° identification de l'exécutant	N° identification de l'exécutant	Spécialité	Zone tarif	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Eléments de tarification	Quantité ou 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)
												Modifi- cateurs	Code remb. except.					Taux	Montant	

1	630000479	42 0	1	26/05/23	ADE	34,97		1	1	34,97			34,97	70	24,48	10,49
---	-----------	------	---	----------	-----	-------	--	---	---	-------	--	--	-------	----	-------	-------

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

Sous-total 3 34,97 34,97 24,48 10,49

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ①			N° FINESS établissement ②		
MANDATAIRE(S)	N°	MANDATAIRE(S)	N°	MANDATAIRE(S)	N°
Description		Description		Description	
Re	20041 01003 0144614W024 07	Re		Re	
IBAN	FR13 2004 1010 0301 4461 4W02 407	IBAN		IBAN	
PSSTFRPPCLE					
Montant facturé par le praticien					
n° 1	n° 2	n° 3	n° 4	n° 5	n° 6
SOMDA Frédéric					
ADELI 630000479	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI
€ 34,97	€	€	€	€	€
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)		34,97 €	L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire <input checked="" type="checkbox"/>		L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire <input checked="" type="checkbox"/>

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

Date d'élaboration 12/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire PRAECONIS		Code PRAECO70		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70006		BP 80283 VESOUL CEDEX	
Identification de l'établissement SA CMCM POLE SANTE SUD 28 RUE DE GUETTELOUP 72016 LE MANS CEDEX 2		N° Finess 720017748	Code catégorie 129	Référence à rappeler Clé de la facture C N° de Lot 316 N° de facture 234050501 N° d'entrée 2340505 N° PEC AMC		Signature de l'assuré(e) Absence de signature ┐	
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30003		SA CMCM/POLE SANTE SUD Guichet 03392		SOCIETE GENERALE Compte 00020413179		Clé 49	

Le bénéficiaire des soins				L'assuré(e) titulaire du contrat AMC			
Nom de naissance et prénom(s) HUMETZ MARJORIE suivi s'il y a lieu du nom d'usage HUMETZ				Nom de naissance et prénom(s) HUMETZ MARJORIE suivi s'il y a lieu du nom d'usage HUMETZ			
N° immatriculation et clé 2740962048036 58		N° immatriculation et clé 2740962048036 58		N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte		274096204803658	
Code organisme de rattachement 01/721		Date et rang de naissance 06/09/1974 1		Adresse CCAS MAIRIE DE VAAS 37 RUE ANATOLE CARRE			
N° centre gestionnaire 1000		Date de début hospitalisation 29/06/2023		72500 VAAS			
Entrée le 29/06/2023		Sortie le 29/06/2023					

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"/>	AT/MP <input type="checkbox"/>	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	DMS	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				FPV	29/06/23	29/06/23	8.49	1	1.00	8.49				8.49	
S				CFU	29/06/23	29/06/23	11.12	1	1.00	11.12	11.12	100.00	11.12		
Sous-total 1										19.61	11.12		11.12	8.49	0.00

Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques

Transfert	Mode de traitement	DMS	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												19.61	11.12		11.12	8.49	0.00

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

Transfert	N° d'identification prescripteur	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Prix unitaire	Elément de tarification	Quantité	Honoraires facturés	Base de remboursement	Régime obligatoire	Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
S 1		721808855	01	24	01	29/06/23	U03	30.00		1.00					
S 1		721808855	01	24	01	29/06/23	FU3	41.03		1.00	41.03	41.03	100.00	41.03	
S 1		721808855	01	24	01	29/06/23	SU3	19.34		1.00	19.34	19.34	100.00	19.34	
S 1		721808855	01	24	01	29/06/23	SUM	12.63		1.00	12.63	12.63	100.00	12.63	
S 1		721808855	01	24	01	29/06/23	ATM	14.26		1.00					
S 2	721808855	723701793	39	24	01	29/06/23	SB3	71.24		1.00	71.24	71.24	100.00	71.24	
S 2	721808855	723701793	39	24	01	29/06/23	AMI	3.15		1.50					
S 2	721808855	723701793	39	24	01	29/06/23	MAU	1.35		1.00					
S 2	721808855	723701793	39	24	01	29/06/23	B	0.26		189.00					
Sous-total 3											144.24	144.24	144.24	0.00	0.00

SERVICE COMPTABLE
17 JUL. 2023

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S)		N° 1,2		MANDATAIRE(S)		N°	
B* GPT PRATICIENS DU CMCM BPO LE MANS				B*			
Centre CCP ou banque 13807	Guichet 00658	Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet		
Compte 31021551240	Cle 17	Compte	Cle	Compte	Cle		
Montant facturé par le praticien.							
N°1 HAJAJI ABDELLATIF	N°2 LABO CMCM SELAS LABO	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	
ADELI 721808855	ADELI 723701793	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	ADELI	
€ 0.00	€ 0.00	€	€	€	€	€	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)			163.85 €				
Rappel du numéro de facture			234050501				

Le 10/07/2023

BORDEREAU D' EXPEDITION

EXPEDITEUR : L'Hôpital privé Confluent
2,4 RUE ERIC TABARLY

44277 NANTES CEDEX 2

No Finess : 440041580

Destinataire Reglement : Partenaire de Santé

DESTINATAIRE : PRAECONIS (M70VE002)

6 RUE PAUL MOREL

BP 80283

70006 VESOUL CEDEX

N° De BORDEREAU : 60

N° LOT :

Bordereau en Euros

				PRESTATIONS HOSPITALIERES			HONORAIRES		
Facture	Nom	Né(e) le	No secu	Factures	Ass.maladie	Org.Compl.	Factures	Ass.Maladie	Org.Compl.
293409701	HAMON JEAN BAPTISTE	10/03/1949	1490353073004 83	607.91	0.00	24.00	271.12	0.00	0.00

Totaux : 607.91 0.00 24.00 271.12 0.00 0.00

Nombre: 1 Total facture : 879.03 Ass. maladie : 0.00 Org. complémentaire : 24.00

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

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

Date d'élaboration 07/07/2023

Identification de l'organisme complémentaire PRAECONIS		Code M70VE002	Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70006		BP 80283 VESOUL CEDEX
Identification de l'établissement L'Hôpital privé Confluent 2,4 RUE ERIC TABARLY 44277 NANTES CEDEX 2		N° Finess 440041580 Code catégorie 365	Référence à rappeler Clé de la facture C N° de Lot 390 N° de facture 293409701 N° d'entrée 2934097 N° PEC AMC		Signature de l'assuré(e) Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30004		L HOPITAL PRIVE CONFLUENT BNP Guichet 02408 Compte 00010504052		Clé 58	

Le bénéficiaire des soins		L'assuré(e) titulaire du contrat AMC	
Nom de naissance et prénom(s) HAMON JEAN BAPTISTE suivi s'il y a lieu du nom d'usage HAMON		Nom de naissance et prénom(s) HAMON JEAN BAPTISTE suivi s'il y a lieu du nom d'usage HAMON	
N° immatriculation et clé 1490353073004 83	N° immatriculation et clé 1490353073004 83	N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte N147957	
Code organisme de rattachement 01/531	Date et rang de naissance 10/03/1949 1	Adresse DOMAINE DE LA BAIE DOREE 432 LA GUERIVIERE	
N° centre gestionnaire 1000	Date de début hospitalisation 22/06/2023	44580 BOURGNEUF EN RETZ	
Entrée le 22/06/2023	Sortie le 22/06/2023		

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 <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'assurée
					Du	Au						Taux	Montant		
S			C	GHS	22/06/23	22/06/23	607.91	1	1.00	607.91	607.91	100.00	583.91	24.00	
S			C	PAS	22/06/23	22/06/23	24.00	1	1.00						
Sous-total 1										607.91	607.91		583.91	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												607.91	607.91		583.91	24.00	0.00

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

Feuillet 1 / 2

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 ou 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	remb. except						Taux	Montant		
S	1	441700440	41	33	3	22/06/23		ADC		181.26	J		1.00		193.04		193.04	100.00	193.04		
S	2	441705258	02	23	1	22/06/23		ADA		78.08			1.00		78.08		78.08	100.00	78.08		
Sous-total 3															271.12		271.12		271.12	0.00	0.00

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S)		N° 1,2		MANDATAIRE(S)		N°	
B* A.P. N.C.N. CIO				B*			
Centre CCP ou banque 30047	Guichet 14144	Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet	Centre CCP ou banque	Guichet
Compte 00020956801	Cle 32	Compte	Cle	Compte	Cle	Compte	Cle
Montant facturé par le praticien.							
N°1 SAUVAGE LOIC	N°2 POUSSET FLORENCE	N°3	N°4	N°5	N°6	N°7	
ADELI 441700440 € 0.00	ADELI 441705258 € 0.00	ADELI €	ADELI €	ADELI €	ADELI €	ADELI €	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)			879.03 €				
Rappel du numéro de facture			293409701				

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

B* : Banque