

**SELARL DE CHIRURGIENS DENTISTES DU BOULEVARD MIREILLE LAUZE
CENTRE DENTAIRE CAPELETTE**

78 BD Mireille Lauze
13010 Marseille
Tel : 04 91 79 85 82
477 892 665 RCS MARSEILLE

Dr Eskenazi.Robert

MARSEILLE LE 19/01/2023

Je soussigné Mr Monclus Gérard avoir reçu
un chèque de remboursement de 590€ pour une erreur de facturation
suite à un changement de prestation prothétique.

cheque de 590€ ch n* 5107309

Marseille le 19/01/2023



Veuillez trouver ci-joint chèque n° 5107309

En règlement de _____

Société Marseillaise de Crédit

Payer contre ce chèque non endossable sauf au profit d'un établissement bancaire ou assurant

Cug Court Quatre Vingt Dix Euros

MR MONCLUS GERARD

Payable en France
SMC
MARSEILLE CAPELETTE
264 AV DE LA CAPELETTE
13010 MARSEILLE
TEL DIRECT : 04 91 29 63 21
TEL STANDARD : 04 91 29 63 20

Compte n°
04910 11477500200
SELARL DES CHIRURGIENS DENTISTES
DU BD MIREILLE LAUZE
78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE

590
Marseille
19/01/23

Chèque n° 5107309 15/11/22

(72)

5107309 0491011477500200 0491011477500200



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

CPAM 13

13421 Marseille cedex 20

0205007665 596864 100

eco'pli CI 1505 18.01.23 59 LILLE PIC

Identifiant : 134020551

Pour tout contact : 3608

(0,06€ / min + prix d'un appel local)

Mon numéro d'affaire :

Référence DETTES : 2302687767

Affaire suivie par : ISABELLE DE VELLIS

Pôle PN Salon

ESKENAZI ROBERT
78 BD MIREILLE LAUZE
SELARL
13010 MARSEILLE

*Virement fait le
23/01/23*

Le 13/01/2023

> NOTIFICATION D'INDUS

Après examen de votre dossier, il apparaît que nous vous avons réglé certaines prestations à tort.

Vous trouverez, joint en annexe, le tableau récapitulatif reprenant pour chaque prestation concernée, la nature et la date des prestations, le motif et la date du paiement indu, le montant des sommes versées à tort et la somme due au total.

A ce jour, vous êtes redevable de la somme de 75,00 euros.

Vous disposez de deux mois à compter de la réception de ce courrier pour procéder au règlement de cette somme,

- Soit par virement au compte N° FR81 4003 1000 0100 0016 7358 K10 (IBAN) / BIC : CDCGFRPP
- Soit par chèque bancaire libellé au nom du Directeur Comptable et Financier de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Soit par mandat postal

Vous avez la possibilité de demander un paiement échelonné en adressant un courrier à Monsieur le Directeur Comptable et Financier de la Caisse Primaire.

Vous pouvez ne pas être d'accord avec cette décision et vouloir la contester en formulant un recours, dans les deux mois à compter de la réception de ce courrier, en adressant une lettre précisant les motifs de votre contestation et en joignant une copie de la présente notification à la Commission de Recours Amiable de la caisse :

CPAM13

13421 MARSEILLE CEDEX 20

Pendant ce délai de deux mois, vous avez également la possibilité de présenter vos observations écrites ou orales auprès des services gestionnaires de la caisse ..

Dans ce cadre, vous pouvez vous faire assister par un conseiller ou représenter par un mandataire de votre choix.

Nous vous précisons que cette dernière démarche n'interrompt pas le délai de contestation devant la Commission de Recours Amiable.

A l'issue de ce délai de deux mois, en l'absence de paiement et de contestation de votre part, la caisse pourra, le cas échéant, récupérer cette somme sur vos flux tiers payant à venir et engager une procédure contentieuse.

Avec toute mon attention,
Le Directeur Général,
Gérard BERTUCCELLI

Articles L.133-4 et R.133-9-1 du code de la Sécurité Sociale.

Votre tableau récapitulatif.

CPAM 13
13421 Marseille Cedex 20
www.ameli.fr

3646 Service gratuit
+ prix appel