



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC A.R.

C.P.C.A.M. 131
Service Recouvrement Unifié (551)
CS 60007
13364 MARSEILLE CEDEX 10

9829-855R MCP 673903 1713 322 1/ 2
SD : 86400196199599C
LA POSTE
RECOMMANDE AR G3
DOCAPOSTE
BP 80012 75560 PARIS CEDEX 12



MME FILLEUL FLORE
78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE
SELAS
13010 MARSEILLE

viement le

18/04



551 – RECOUVREMENT UNIFIÉ.
contact-recouvrement.cpam-bouches-du-rhone@assurance-maladie.fr
CCH - Tel : 04.86.94.02.42

N/ REF. :
N° IDENTIFIANT : 134752443
N° INDU : 2133596945
SOLDE : 106.02 €

Marseille, le 11/04/2024

Objet : Mise en demeure – Articles L133-4 et R.133-9-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Madame,

Après examen de votre dossier, nous vous avons notifié une demande de remboursement de 106.02 €, dont vous trouverez copie ci-jointe.

Vous disposiez d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de cette notification pour vous acquitter du règlement de cette somme, formuler vos observations éventuelles ou saisir la Commission de Recours Amiable.

Vous restez à ce jour redevable de la somme de 106.02 €.

En application des dispositions de l'article R.133-9-1 du CSS, nous vous mettons en demeure de régler cette somme **dans le délai d'un mois** suivant la notification de la présente.

A défaut de règlement de la somme due dans ce délai, une majoration de 10% sera appliquée sur les sommes qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la présente mise en demeure. Vous avez la possibilité de solliciter une remise de la majoration qui pourra être consentie par le Directeur de l'organisme.

Identifiant : 134752443
Pour tout contact : 0811 910 009
(0,06€ / min + prix d'un appel local)
Mon numéro d'affaire :
Référence DETTES : 2133596945
Affaire suivie par : ISABELLE DE VELLIS
Pôle PN Salon

FILLEUL FLORE
78 BD MIREILLE LAUZE
SELAS
13010 MARSEILLE

Le 02/11/2021



> 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 106,02 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.