



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

CPAM 13

13421 Marseille cedex 20

0231090238 667070 100 Déposé le 31.05.24
G4 DISTRI QUATRE CI 1505 59 LILLE PIC

Identifiant : 134020551

Pour tout contact : 3608

(0,06€ / min + prix d'un appel local)

Mon numéro d'affaire :

Référence DETTES : 2421135061

Affaire suivie par : JULIE FAUCHIER

POLE PN CHATEAUNEUF

ESKENAZI ROBERT
78 BD MIREILLE LAUZE
SELARL
13010 MARSEILLE

*virement le
08/06*

Le 28/05/2024

> 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 62,16 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 1302, 1302-1 du Code Civil et L. 161-1-5 et R. 133-9-2 du code de la Sécurité Sociale.

Votre tableau récapitulatif.

REFERENCE DES PAIEMENTS CONCERNES

Coordonnées	
Contact : JULIE FAUCHIER	Numéro : 134020551 ESKENAZI ROBERT 78 BD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE

Paie ment justifié adressé à	
Bénéficiaire : ISCIMEN ONUR Matricule : 1 99 10 99 208 262 52 Exécutant : ESKENAZI ROBERT - MARSEILLE Numéro : 13402055 Destinataire du règlement : ESKENAZI ROBERT	N° de lot : 363 N° de facture : 000051945 Montant : 62,16 EUR Date de mandatement : 07/03/2024
Acte AID : Acte ASC :	Date de soins : 05/03/2024 Date de soins : 05/03/2024 Montant : 12,00 EUR Montant : 50,16 EUR
Montant total :	62,16 EUR

Paie ment injustifié adressé à	
Anomalie : IF - EXTERNE - Paiements multiples (toute anomalie confondue)	
Bénéficiaire : ISCIMEN ONUR Matricule : 1 99 10 99 208 262 52 Exécutant : ESKENAZI ROBERT - MARSEILLE Numéro : 13402055 Destinataire du règlement : ESKENAZI ROBERT	N° de lot : 021 N° de facture : Montant : 62,16 EUR Date de mandatement : 25/04/2024
Acte AID : Acte ASC :	Date de soins : 05/03/2024 Date de soins : 05/03/2024 Montant : 12,00 EUR Montant : 50,16 EUR
Référence DETTES :	2421135061
Montant total : (Montants indiqués sous réserve d'éventuelles déductions de participations forfaitaires et/ou de franchises médicales)	62,16 EUR