



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bouches-du-Rhône

CPAM 13
13421 Marseille cedex 20

0237638944 684717 100 Déposé le 04.10.24
G4 DISTRI QUATRE CI 1505 59 LILLE PIC

Identifiant : 134048735

Pour tout contact : 3608

(0,06€ / min + prix d'un appel local)

Mon numéro d'affaire :

Référence DETTES : 2431027607

Affaire suivie par : NASTASSIA JAMMI

POLE PN CHATEAUNEUF

ESKENAZI SOLAL ELSA
78 BD MIREILLE LAUZE
SELAS
13010 MARSEILLE

Le 01/10/2024

> 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 12,00 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.

Voir le tableau récapitulatif.

Ref.: 9711 001 Studio gratuit - Mai 2021

CPAM 13
13421 Marseille Cedex 20
www.ameli.fr

3646 Service gratuit
+ prix appel

3225

67150476389442406

REFERENCE DES PAIEMENTS CONCERNES

Coordonnées	
Contact : NASTASSJIA JAMMI	Numéro : 134048735 ESKENAZI SOLAL ELSA 78 BD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE

Paie ment justifié adressé à	
Bénéficiaire : DO THUYYMY Matricule : 2 95 01 13 081 026 20 Exécutant : ESKENAZI SOLAL ELSA - MARSEILLE Numéro : 13404873 Destinataire du règlement : ESKENAZI SOLAL ELSA	N° de lot : 900 N° de facture : 000009502 Montant : 38,03 EUR Date de mandatement : 13/08/2024
Acte AXI :	Date de soins : 09/08/2024 Montant : 17,35 EUR
Acte AXI :	Date de soins : 09/08/2024 Montant : 8,68 EUR
Acte AID :	Date de soins : 09/08/2024 Montant : 12,00 EUR
Montant total :	38,03 EUR

Paie ment injustifié adressé à	
Anomalie : IF - EXTERNE - Paiements multiples (toute anomalie confondue)	
Bénéficiaire : DO THUYYMY Matricule : 2 95 01 13 081 026 20 Exécutant : ESKENAZI SOLAL ELSA - MARSEILLE Numéro : 13404873 Destinataire du règlement : ESKENAZI SOLAL ELSA	N° de lot : 913 N° de facture : 000009529 Montant : 12,00 EUR Date de mandatement : 28/08/2024
Acte AID :	Date de soins : 09/08/2024 Montant : 12,00 EUR
Référence DETTES :	2431027607
Montant total : (Montants indiqués sous réserve d'éventuelles déductions de participations forfaitaires et/ou de franchises médicales)	12,00 EUR