

POLE COMPTABILITE ET RECouvreMENT

LP : 2C 179 658 5923 6



12002067 305 15 4 772

Mon numéro : 1

Nom :

Pour tout contact : ☎ 36 46

(prix d'un appel local depuis un poste fixe)

Créance :

200716234072

Montant initial : 735,89€

MONSIEUR

LE JOUR 11/2022

MISE EN DEMEURE

Madame, Monsieur,

Je vous rappelle notre notification de créance du 21/09/2020 pour le motif suivant :

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

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.

Dans le courrier initial, il vous a été précisé la possibilité de rembourser en plusieurs fois, sur demande écrite à l'attention du Pôle Comptabilité et Recouvrement.

Vous restez redevable de la somme de 735,89 € (*)

Conformément aux articles notés ci-dessous, vous disposez d'un délai de 2 mois, à compter de la réception de ce courrier, pour procéder au remboursement, de cette somme soit :

• par carte bancaire : Le paiement en ligne est possible, en une ou 4 fois sans frais,

sur le site <https://payerenligne.ameli.fr>

• par virement au compte de la CPAM 14 à la banque Caisse des dépôts :
IBAN FR61 4003 1001 4000 0046 9529 G49 - BIC CDCGFRPPXXX

• par prélèvement bancaire à partir de 5 mensualités. Merci de compléter l'imprimé ci-joint accompagné d'un IBAN.



**UN SERVICE SIMPLE ET
SECURISE** pour payer un
trop perçu.

La CPAM du Calvados vous propose d'utiliser le service de paiement en ligne qui respecte toutes les exigences de sécurité.

A l'aide de ce courrier, vous pouvez effectuer votre remboursement par carte bancaire sur :

Scannez
le QR Code



Vous avez la possibilité de demander un paiement échelonné en adressant un courrier au Directeur Financier de la Caisse Primaire.

Dans tous les cas, veuillez identifier vos paiements avec le numéro de la Créance indiqué en référence.

Suivant l'article R-142-1 du Code de la Sécurité Sociale, vous disposez d'un délai de deux mois, à compter de la réception de la présente lettre, pour contester la régularité de cette mise en demeure par lettre adressée à :

**CPAM DU CALVADOS
Commission de Recours Amiable
CS 10001
14031 CAEN CEDEX 9**

À l'issue de ce délai, en l'absence de paiement et de contestation de votre part, la caisse pourra, le cas échéant, récupérer cette somme sur vos prestations à venir et engager une procédure contentieuse. Les frais engagés lors d'une procédure de recouvrement seront alors à votre charge, augmentant ainsi le montant dû.

Je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération

Le Responsable du Pôle Comptabilité et Recouvrement,

Fabien NOEL

(1) La somme correspond au montant initial de la créance moins les éventuels versements et récupérations sur vos prestations.

Liste des créances regroupées dans la présente notification :

Créance n° 2007162340 pour un montant de 735,89 €

- Art. L 161-1-5, L 133-4-1 et R.133-9-2 Code Sécurité Sociale
- Art. 1235 et 1376 Code Civil
- Art. L.142-4, R.142-1 et R.142-1-A III du Code de sécurité sociale

