



**l'Assurance
Maladie**

Agis ensemble - protège chacun

Yvelines



LETTRE RECOMMANDÉE AVEC A.R.
Pour suivre facilement vos remboursements

Ouvrez mon compte sur **ameli.fr**
MCP 539044 0921 1297 17 3

9829-855R

LA POSTE
RECOMMANDÉ ARG3

EX-APOSTE

BP 80012 78600 PARIS CEDEX 12



Affaire suivie par
MANTH SULLY

Date : 02/01/2024

M LEHMANN CHRISTIAN
19 R DE VILLIERS
78300 POISSY

Objet : NOTIFICATION DE PAYER

Références à rappeler dans toute correspondance

Identifiant : 781091442

Créance : 2317633879 22

Montant : 3780.00 €



Monsieur,

La vérification du ou des dossiers, dont le détail figure dans la liste ci-dessous, a révélé le versement d'une somme indue d'un montant de **3780.00 €**.

En effet, suite à un contrôle sur la vaccination Covid-19, nous avons pu détecter des anomalies de facturation et/ou des règlements multiples ou erronés.

Pour les professionnels de santé du département 78 :

Vous voudrez bien noter que la récupération de cette somme intervient automatiquement sur les prestations qui vous sont éventuellement dues. Il n'est donc pas nécessaire de nous adresser le règlement correspondant.

Pour les professionnels de santé hors 78 :

Vous voudrez bien adresser votre règlement soit :

- Par carte bancaire, accessible 24H/24 et entièrement sécurisé, en vous connectant sur le site <https://www.gespli.cnam-versailles.fr/indusReference.php>
Ce paiement se fait créance par créance dont la liste détaillée figure au verso du courrier.
Ce mode de paiement vous offre la possibilité de payer en 4 fois.

- Par virement bancaire ou postal sur le compte :
IBAN FR76 1010 7002 2800 0529 1119 752 et BIC BRED FR PP
en indiquant en référence le numéro de créance.

En tout état de cause, si vous souhaitez contester le bien-fondé de cette créance, vous pouvez saisir la Commission de recours Amiable dans le délai de 2 mois à compter de la réception de ce courrier, à l'adresse indiquée ci-dessous.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

TABLEAU RECAPITULATIF DES PRESTAT

Lien d'archive	Date de soins	Date de mandatement	Acte	Montant remboursé	Total remboursé
5981211580850390600	26/02/2021	11/06/2021	VMR	840,00 €	1 260 €
5993211803150391700	26/02/2021	01/07/2021	VMR	420,00 €	
5981211580850390700	01/03/2021	11/06/2021	VMR	1 260,00 €	1 680 €
5993211803150392000	01/03/2021	01/07/2021	VMR	420,00 €	
5981211580850390800	12/03/2021	11/06/2021	VMR	1 680,00 €	2 100 €
5993211803150393200	12/03/2021	01/07/2021	VMR	420,00 €	



Articles R114-10-1, L 133-4-1 et R.133-9-2 du code de la Sécurité Sociale