



**l'Assurance
Maladie**

Agis ensemble - protège chacun

Yvelines



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

Ouvrez mon compte sur
MCP 539044 0921 1292 12 3

ameli.fr

53 0660018 52952400

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