

**VitalAire**TMVITALAIRE EST
15, rue CAMUS90000 BELFORT
Tél. : 0969 369 008
N° Identifiant : 902600014Code payeur : 7307000066 / 70000854
Code client : 0987916317MMC PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283

70006 VESOUL CEDEX

SERVICE COURRIER LE
- 1 SEP. 2023Patient : ALLOUCHE GERARD
26 GRANDE RUE

70290 CHAMPAGNEY

No S.S. : 1591075214164 56

Date de naissance : 29/10/1959

N° adhérent : 159107521416456

Désignation**Quantité****P.U.
H.T.****Total
H.T.****LPPR TTC
Unitaire****T
V
A**

Commande N° 0012656136 du 12/01/2021 pour ALLOUCHE GERARD - 70290 CHAMPAGNEY

F09.TL1	PPC, apnée som, télés. (> 112h), forfait hebdo 9.TL1	Période du 06/06/2023 au 17/07/2023 soit 6 Semaine(s)	Prestation
		5,19	31,16
			20,00
	Code LPPR : 1187880	PPC, apnée sommeil, télé-suivi (+112 h), forfait hebdo 9.TL1	15,58

Montant total facturé (RO + RC) : 93,48
 Prise en charge régime obligatoire (RO) : 56,09
 Part complémentaire : (RC 37,39 / Dép 0,00) : 37,39

Taux	Prestations	Ventes	Transports	Frais	TVA	Total T.T.C.
20,00	31,16				6,23	37,39

Total	31,16				6,23	37,39
--------------	--------------	--	--	--	-------------	--------------

✂ A découper et joindre à votre règlement

Adresse de règlement:VitalAire Centre de Gestion
CS 70588
13594 Aix en Provence cedex 3**MMC PRAECONIS**

Numéro : 231756505

Agence : 431

Client : 7307000066

Date : 18/07/2023

Montant (EUR) : 37,39

Net à payer : 37,39 EUR

Règlement par Virement av bor pour le 14/08/2023

T.V.A. Acquittée sur les débits



Payeur	7206000894				CPAM DE HAUTE SAONE		
Numéro facture	231756504				Année facture	2023	
Nom	Fac group	Fac/Pt	DtEch	Dev	TTx	Taux change	Montant devises
FACTMVX		180723	140823	EUR	01	1.000000	56.09 D
RNOEMIE		200723	140823	EUR	01	1.000000	56.09 C

SERVICE COURRIER LE
- 1 SEP. 2023

feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

Duplicata

231756504

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

date

18072023

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

ALLOUCHE GERARD

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1591075214164

56

017010000

date de naissance

29101959

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

ALLOUCHE GERARD

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

7206000894

0987916317

ADRESSE de L'ASSURE(E)

26 GRANDE RUE

70290 CHAMPAGNEY

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

VITALAIRE EST

431

15, rue CAMUS
90000 BELFORTSERVICE COURRIER LE
- 1 SEP. 2023

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

902600014

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

MIKAIL LUIS

raison sociale

identifiant

10001841070

n° de la structure
(AM, FINESSE ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

30052023

date de l'accord préalable (le cas échéant)

30052023

☒ MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non ☒

oui

date

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "x")
et les recommandations importantes)

AT/MP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Commande N° 0012656136 du 12/01/2021

Période du 06/06/2023 au 17/07/2023 soit 6 Semaine(s)

1 PPC, apnée sommeil, télésoin (+112 h), forfait hebdo 9.TL1

Taux de prise en charge : 60.00 %

LPPR unitaire :

15.58 EUR

Total facturé :

56.09 EUR

Code LPPR : 1187880

Montant total facturé RO :

56,09 EUR

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

93,48

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

☒

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

☒signature du pharmacien
ou du fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'assurance maladie.

La première information à donner concerne **la personne recevant les soins et l'assuré(e)** :

Si vous ne payez pas votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci remplira l'ensemble de cette rubrique, sur présentation de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne.

Si vous payez votre pharmacien ou votre fournisseur, celui-ci indiquera uniquement vos nom et prénom, dans la zone prévue, selon vos indications ou au vu des informations portées dans votre carte Vitale ou sur l'attestation papier qui l'accompagne.

Les autres zones seront remplies par vous même *(le code de l'organisme de rattachement n'est pas à préciser)*.

- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous êtes **assuré(e) social(e)**, inscrivez seulement :
 - votre **numéro d'immatriculation** (en vous aidant de votre carte Vitale ou de l'attestation papier qui l'accompagne).
- vous êtes la **personne recevant les soins** et vous n'êtes pas **assuré(e) social(e)**, indiquez :
 - votre **numéro d'immatriculation**,
 - ou** (si celui-ci ne vous a pas été communiqué),
 - votre **date de naissance**,
 - le **nom** et le **prénom** de l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e) et son **numéro d'immatriculation**,
- **complétez enfin cette rubrique en indiquant l'adresse de l'assuré(e)**.

Toutes les autres rubriques de la feuille de soins sont à compléter par votre pharmacien ou votre fournisseur, y compris le numéro de facture qui est une zone facultative destinée à son usage.

- * Si vos soins sont dispensés au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre, il doit le préciser dans la case prévue à cet effet.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident causé par un tiers, précisez le lui ainsi que la date de cet accident. Ces renseignements doivent **obligatoirement** figurer sur la feuille de soins car ils permettent à l'assurance maladie de récupérer les frais relatifs à l'accident auprès de l'assureur concerné.
- Si vos soins sont en rapport avec un accident du travail, dont vous avez été victime, ou avec une maladie professionnelle, présentez-lui la feuille d'accident du travail maladie professionnelle qui vous a été remise par votre employeur ou par votre organisme d'assurance maladie.

Recommandations importantes :

Le double de votre prescription médicale doit être joint à l'envoi de votre feuille de soins (sauf en cas de renouvellement, ou s'il a été joint à la demande d'accord préalable).

Prévenez votre organisme d'assurance maladie en cas de changement intervenant dans votre situation, par exemple :

- **changement de compte** bancaire, postal ou de caisse d'épargne : adressez-lui le relevé d'identité correspondant.
- **changement d'organisme** d'assurance maladie : prenez contact avec votre nouvel organisme d'assurance maladie pour le transfert de votre dossier afin de ne pas retarder le remboursement de vos soins et prestations. **n'oubliez pas** également d'indiquer **votre nouvelle adresse sur la feuille de soins**.

* Si le pharmacien ou le fournisseur a coché la case "SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1", la feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné(e).

N'oubliez pas de signer votre feuille de soins.