

**VitalAire**<sup>TM</sup>VITALAIRE EST  
15, rue CAMUS90000 BELFORT  
Tél. : 0969 369 008  
N° Identifiant : 902600014Code payeur : 7307000066 / 70000854  
Code client : 7114085457MMC PRAECONIS  
6 RUE PAUL MOREL  
BP 80283Patient : FEBVAY MICHEL  
24 RUE DU PLAIN

70006 VESOUL CEDEX

SERVICE COURRIER  
03 JUL. 202370250 RONCHAMP  
No S.S. : 1431190010043 96  
Date de naissance : 26/11/1943  
N° adhérent : 143119001004396**Désignation****Quantité****P.U.  
H.T.****Total  
H.T.****LPPR TTC  
Unitaire****T  
V  
A**

Commande N° 0007763568 du 07/07/2015 pour FEBVAY MICHEL - 70250 RONCHAMP

<b>F09.TL1</b>	PPC, apnée som, télé. (> 112h), forfait hebdo 9.TL1	Période du 18/05/2023 au 14/06/2023 soit 4 Semaine(s)	Prestation
		5,20	20,78
	Code LPPR : 1187880	PPC, apnée sommeil, télé-suivi (+112 h), forfait hebdo 9.TL1	15,58

Montant total facturé (RO + RC) : 62,32  
 Prise en charge régime obligatoire (RO) : 37,39  
 Part complémentaire : ( RC 24,93 / Dép 0,00 ) : 24,93

Taux	Prestations	Ventes	Transports	Frais	TVA	Total T.T.C.
20,00	20,78				4,15	24,93

<b>Total</b>	<b>20,78</b>				<b>4,15</b>	<b>24,93</b>
--------------	--------------	--	--	--	-------------	--------------

✂ 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 : 231453123

Agence : 431

Client : 7307000066

Date : 19/06/2023

Montant (EUR) : 24,93

**Net à payer : 24,93 EUR**

Règlement par Virement av bor pour le 16/07/2023

T.V.A. Acquittée sur les débits



Payeur                      7206000894                      CPAM DE HAUTE SAONE

Numéro facture                      231453122                      Année facture                      2023

Nom	Fac group	Fac/Pt	DtEch	Dev	TTx	Taux change	Montant devises
FACTMVX		190623	160723	EUR	01	1.000000	37.39 D
RNOEMIE		210623	160723	EUR	01	1.000000	37.39 C

SERVICE COURRIER  
03 JUIL. 2023



T joindre la prescription  
sauf si renouvellement

N° 11389\*05

# feuille de soins pharmacien ou fournisseur

Duplicata

numéro de facture (facultatif)

231453122

Page 1(1)

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 19062023

## 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 FEBVAY MICHEL

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

numéro d'immatriculation 1431190010043 96

017010000

date de naissance 26111943

SERVICE COURRIER

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 FEBVAY MICHEL

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

03 JUL. 2023

numéro d'immatriculation

7206000894

7114085457

ADRESSE de L'ASSURE(E)

24 RUE DU PLAIN

70250 RONCHAMP

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

VITALAIRE EST 431

15, rue CAMUS  
90000 BELFORT

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 GUY ISABELLE

raison sociale

identifiant 10002491537

n° de la structure  
(AM. FINESS ou SIRET)

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 02122022

date de l'accord préalable (le cas échéant) 02122022

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

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

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non ☒

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Commande N° 0007763568 du 07/07/2015

Période du 18/05/2023 au 14/06/2023 soit 4 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 : 37.39 EUR

Code LPPR : 1187880

Montant total facturé RO : 37,39 EUR

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

62,32

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 fournisseur

signature de  
l'assuré(e)

impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

FSPHF 10-2014 S3115h

# 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.**