

**VitalAire**TM

VITALAIRE CENTRE-OUEST
ZA Maison Neuve 2
14 rue Jean MERMOZ
44980 SAINTE-LUCE-SUR-LOIRE
Tél. : 0969 369 008
N° Identifiant : 442610044

SERVICE COURRIER LE

13 FEV. 2024

Code payeur : 7307000066 / 70000854
Code client : 0001435350

MMC PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283

Patient : TRAMOND DOMINIQUE
70 BIS RUE DE LA BAUGERIE

70006 VESOUL CEDEX

44230 SAINT-SEBASTIEN-SUR-LOIRE

No S.S. : 1370499351145 82
Date de naissance : 30/04/1937
N° adhérent : 137049935114582

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

Commande N° 0003273407 du 09/05/2008 pour TRAMOND DOMINIQUE - 44230 SAINT-SEBASTIEN-SUR-LOIR

F09.TL1	PPC, apnée som, télés. (> 112h), forfait hebdo 9.TL1	Période du 07/12/2023 au 13/12/2023 soit 1 Semaine(s)	Prestation
		5,19	5,19
			20,00
	Code LPPR : 1187880	PPC, apnée sommeil, télé suivi (+112 h), forfait hebdo 9.TL1	15,58

Montant total facturé (RO + RC) : 15,58
Prise en charge régime obligatoire (RO) : 9,35
Part complémentaire : (RC 6,23 / Dép 0,00) : 6,23

Taux	Prestations	Ventes	Transports	Frais	TVA	Total T.T.C.
20,00	5,19				1,04	6,23

Total	5,19				1,04	6,23
--------------	-------------	--	--	--	-------------	-------------

✂ 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 : 233406916

Agence : 470

Client : 7307000066

Date : 18/12/2023

Montant (EUR) : 6,23

Net à payer : 6,23 EUR

Règlement par Virement av bor pour le 14/01/2024

T.V.A. Acquittée sur les débits



ACTIONS OPTIONS ASSOCIÉES OUTILS

Options de filtre
Ordre de tri: 1-Spéc fac. taux

Payeur

7208000388

CPAM DE LOIRE-ATLANTIQUE

Numéro facture

233406915

Année facture

2023

Nom	Fac group	FacIdPt	ExEch	Dev	Taux	Taux change	Montant devises
FACTMVX		181223	140124	EUR	01	1.000000	9.35 D
RNOEMIE		211223	140124	EUR	01	1.000000	9.35 C

SERVICE COURRIER LE
13 FEV. 2024

MODIFIER

feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

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

numéro de facture (facultatif)

Duplicata

233406915

date

18122023

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 TRAMOND DOMINIQUE

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

numéro d'immatriculation 1370499351145

82

014410000

date de naissance 30041937

SERVICE COURRIER LE

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 TRAMOND DOMINIQUE

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

numéro d'immatriculation

13 FEV 2024

7208000388

0001435350

ADRESSE de L'ASSURE(E)

70 BIS RUE DE LA BAUGERIE

44230 SAINT-SEBASTIEN-SUR-LOIR

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

VITALAIRE CENTRE-OUEST

14 rue Jean MERMOZ

ZA Maison Neuve 2

44980 SAINTE-LUCE-SUR-LOIRE

470

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant 442610044

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom STERN JEAN BAPTISTE

identifiant 10001632800

raison sociale

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 22062023

date de l'accord préalable (le cas échéant)

22062023

☒ 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
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° 0003273407 du 09/05/2008

Période du 07/12/2023 au 13/12/2023 soit 1 Semaine(s)

1 PPC, apnée sommeil, télé-suivi (+112 h), forfait hebdo 9.TL1

Taux de prise en charge 60.00 %

LPPR unitaire 15.58 EUR

Total facturé : 9.35 EUR

Code LPPR : 1187880

Montant total facturé RO : 9.35 EUR

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

15.58

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

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(c) 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.