

Docteur BARRIERE, Docteur CAMPAGNE, Docteur SOLEIL
55, rue Germain Delebecque - 62800 LIEVIN
Tél. : 03 91 83 21 45

Docteur Antoine SOLEIL
Médecin généraliste



10101222080

Consultations et visites à domicile
sur rendez-vous et sur Doctolib

courrier crypté uniquement :
Antoine.SOLEIL@medical62.apicrypt.org

LIEVIN, le 13/04/2023

Mme Patricia PIETRZAK
née le 22/01/1955

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

- LIPTRUZET 10 mg/20 mg Cpr pell Plq/90

Prendre, par voie orale, 1 comprimé le soir, pendant 3 mois

- PARACETAMOL ARROW 500 mg Gél Plq/16

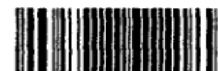
Prendre, par voie orale, 1 gélule le matin, à 10h00, le midi, à 16h00, le soir et au coucher, pendant 1 semaine

- NUTRISSOME SP Cpr pell B/30

Prendre 1 cp pellic au coucher, pendant 1 mois



Pour les urgences vitales composez le 15
Pour les urgences à partir de 20h ou le week-end. composez le 03 21 71 33 33



621048487

NGUYEN BUU Christian E.I
OSTÉOPATHE D.O
Diplômé de l'E.S.O-Paris
Ferme des Champs-Bois
70600 Pierrecourt
Tel : 06-63-04-23-63
Adeli : 52 00 0005 0

SERVICE COURRIER
17 JUIL. 2023

Reçu d'honoraires

Cette feuille de soin est destinée à votre complémentaire
et ne doit en aucun cas être remise à la Sécurité Sociale

A remplir par le patient

Nom : NICOLAS

Prénom : CLAUDE

N° de S.S : 153 09 70 550 023 36
MOREY

Adresse 17 rue des chemeneiers 70120 LA ROCHE TURET

Date de consultation : 30 juin 2023

Tarif : 70 euros

Signature et cachet du praticien

n° adhérent

N 145278

NGUYEN BUU Christian
OSTÉOPATHE D.O.
Diplômé de l'E.S.O. Paris
Ferme des Champs-Bois - 70600 PIERRECOURT
Tél. 06 63 04 23 63
Adeli : 70 0 00057 3

VANSON ZAMOLO ELODIE
26 Masseur-kinésithérapeute
1 route de noirpré
88530 LE THOLY
887013712

LE THOLY , le 10/07/2023

Quittance de la facture N° 001000910

Bénéficiaire des soins : GREGOIRE LYDIE
Né(e) le : 20/08/1958

Assuré(e) : GREGOIRE LYDIE
N° de Sécurité Sociale : 2580888078147

SERVICE COUPPIER LE
17 JUL. 2023

Caisse : EPINAL (01 881 0000)

Ordonnance : prescrite le 30/03/2023
par Dr. CELESTINE GROSGEORGE (N° 88 1 00532 6)

Détail de la facture :

Facture établie le 03/07/2023 pour des soins dispensés du 13/04/2023 au 03/07/2023

Montant dû par la caisse	100,93	Euros
Montant dû par la complémentaire	0,00	Euro
Montant dû par le patient	67,25	Euros
Montant total	168,18	Euros

Détail des prestations :

9 AMS7.5, 1 AMS10.7

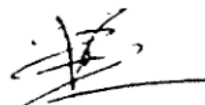
Avril 2023 : 13, 17, 19
Mai 2023 : 5, 10, 19
Juin 2023 : 19, 26
Juillet 2023 : 3

Elodie ZAMOLO
Masseur kinésithérapeute D.E.
1 Route de Noirpré
88530 LE THOLY
88 7801173

Payé ce jour : 67,25 Euros

par ☒ Chèque
☐ Espèces
☐ CB

VANSON ZAMOLO ELODIE



Membre d'une association de gestion agréée. Paiement par chèque accepté.

FACTURE

TRANSPORT PAR TAXI POUR MOTIF MEDICAL

(Articles L 160 B 2¹ et L 322 5 du Code de la Sécurité Sociale)

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

NUMERO DE FACTURE

2300181

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO
D'IMMATRICULATIONNOM PATRONYMIQUE
(num. 1 et 2 à lieu du nom d'usage)

PRENOM

ADRESSE de l'assuré(e)

1 43 07 91 505 001 / 38

LALLEMAND JACQUES

6 RUE DE LA GRANDE FONTAINE

CODE ORGANISME
AFFILIATION

01 701 000 0

NOM et ADRESSE de

l'organisme de paiement

CPAM DE HAUTE-SAÔNE

BD DES ALLEES

70020 VESOUL

70100 ST REMY

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTEE (1)

S'agit-il d'un ACCIDENT ?

☐ OUI ☒ NON

DATE

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e)

DROITS jusqu'à

31/12/2023

TAUX DE
PRISE EN CHARGE

65

NOM PATRONYMIQUE

(num. 1 et 2 à lieu du nom d'usage) - PRENOM

LIEN avec l'ASSURÉ(E) :

☐ conjoint☐ enfant☐ personne vivant maritalement avec l'assuré(e)

DATE DE NAISSANCE

07/07/1943

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRANSPORT

NATURE ☐ SERIE
☐ LONGUE DISTANCE
☐ TRANSPORTS SIMULTANES
☐ AUTRE CAS (à préciser)Joindre l'ACCORD PREALABLE de l'organisme ou,
à défaut de réponse, précisez la date de cette demande
▶ nombre de malades transportés

▶ NOM, Prénom à préciser

NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale)

DETAILS DU TRANSPORT

date

30/05/2023

ALLER

départ

12:30

ST REMY

14:20

RESCAMON

heure

Distance

84,000 kms

MODALITES DE REGLEMENT (cocher les cases concernées)
à compléter par le transporteur☒ DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS☐ PAIEMENT DIRECT

SIGNATURE

Le 10/07/2023

Identification du transporteur

MILLET PATRICK TAXI
2 ch des champs rouges
39350 VITREUX
TEL: 06.67.57.01.26 FIX: 03.84.70.86.
comm: stationnement 25170 RECOLO
49837611000025NUMERO D'AUTORISATION
DE STATIONNEMENT

1 / RECOLOGNE

NUMERO MINERALOGIQUE
DU VEHICULETARIFICATION
à compléter par le transporteur☐ PRISE EN CHARGE☐ MINIMUM DE PERCEPTION

TARIFS

☐ B☐ C☐ D☒ neige-verglasCOUT { aller en charge - retour à vide →
(compteur) aller-retour en charge →
Suppléments remboursables (à détailler) →

170,30

Att. 00:15 * 24,7

6,18

Remise

TOTAL %

- 14,12

TRANSPORTS SIMULTANES - nombre de malades transportés
(hors personne accompagnante)

162,36

BASE DE REMBOURSEMENT

①

162,36

• Part de l'organisme % x 1 →
• Part de l'assuré(e) 65 x 1 →
• Suppléments non remboursables (à détailler) ③ →

105,53

56,83

SOMME PAYEE PAR L'ASSURE(E)* ② + ③ →

56,83

Par la MUTUELLE

TOTAL GENERAL* ① + ③

162,36

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

L'ASSURÉ(E), ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE
SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DE TOUTS CES RENSEIGNEMENTS.
En cas de DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS, l'assuré(e) autorise le
versement au transporteur du montant remboursable du transport dési-
gné ci-dessus. Il s'engage, s'il y a lieu, à payer au transporteur tout ou
partie de la facture en cas de refus total ou partiel de prise en charge
par l'organisme d'Assurance Maladie.Signature de l'assuré(e) ou de
la personne transportée

Le 10/07/2023

numéro AMC non renseigné

(1) Se reporter à la CARTE D'ASSURANCE MALADIE

La loi 78-17 du 6-1-78 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses données sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 114-17-1 du Code de la sécurité sociale, 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal)

CNAM 606-12/07

17 JUL. 2023

(Articles L. 160-8 2 et L. 322-5 du Code de la Sécurité Sociale)

NUMERO DE FACTURE

7300182

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO
D'IMMATRICULATION

1 43 07 91 505 001 / 38

CODE ORGANISME
AFFILIATION

01 701 000 0

NOM PATRONYMIQUE
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

NOM et ADRESSE de

PRENOM

LALLEMAND JACQUES

l'organisme de paiement

CPAM DE HAUTE-SAÔNE

ADRESSE de l'assuré(e)

6 RUE DE LA GRANDE FONTAINE

BD DES ALLEES

70020 VESOUL

70160 ST REMY

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTEE (1)

S'agit-il d'un ACCIDENT ?

☐ OUI ☒ NON

DATE

31/12/2023

☐ NON

DROITS jusqu'à

31/12/2023

TAUX DE
PRISE EN CHARGE

65

NOM PATRONYMIQUE

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e)

DATE DE NAISSANCE

31/09/1943

LIEN avec l'ASSURE(E) :

☐ conjoint☐ enfant☐ personne vivant maritalement avec l'assuré(e)☐ autre membre de la famille

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRANSPORT

NATURE

- ☐ SERIE
☐ LONGUE DISTANCE
☐ TRANSPORTS SIMULTANES
☐ AUTRE CAS (à préciser)

Joindre l'ACCORD PREALABLE de l'organisme ou,
 à défaut de réponse, précisez la date de cette demande
 ► nombre de malades transportés

► NOM, Prénom à préciser

NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale)

2500069

DETAILS DU TRANSPORT :

date

31/05/2023

ALLER

départ

heure

10:55

12:40

BESANCON

ST REMY

ATTENTE

☐ OUI ☐ NON

distance

84,000 kms

lieu

MODALITES DE REGLEMENT (cocher les cases concernées)
à compléter par le transporteur☐ DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS☐ PAIEMENT DIRECT

X

Le 10/07/2023

à Identification du transporteur

MILLET PATRICK TAXI

2 ch des champs rouges

39350 VITREUX

TEL: 06.67.57.01.26 FIX: 03.84.70.86.

comm: stationnement 25170 RECOLO

49837611000025

SIGNATURE

NUMERO D'AUTORISATION
DE STATIONNEMENT

1 / RECOLOGNE

NUMERO MINERALOGIQUE
DU VEHICULE

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

L'ASSURE(E), ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE
 SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DE TOUTS CES RENSEIGNEMENTS.
 En cas de DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS, l'assuré(e) autorise le
 versement au transporteur du montant remboursable du transport dési-
 gné ci-dessus. Il s'engage, s'il y a lieu, à payer au transporteur tout ou
 partie de la facture en cas de refus total ou partiel de prise en charge
 par l'organisme d'Assurance Maladie.

Le 10/07/2023

Signature de l'assuré(e) ou de
la personne transportéeMODALITES DE REGLEMENT (cocher les cases concernées)
à compléter par le transporteur☐ PRISE EN CHARGE☐ MINIMUM DE PERCEPTION

TARIFS

☐ B☐ C☐ D☐ sans verglas

COUT

(complet)

aller en charge - retour à vide

aller-retour en charge

Suppléments remboursables (à détailler)

170,30

6,18

Att. 00:15 + 24.7

Remise

TOTAL

- 14,12

TRANSPORTS SIMULTANES : nombre de malades transportés
(hors personne accompagnante)

162,36

BASE DE REMBOURSEMENT

①

162,36

Part de l'organisme

% x 1

Part de l'assuré(e)

65% x 1

Suppléments non remboursables (à détailler)

③

105,53

56,83

SOMME PAYEE PAR L'ASSURE(E)* : ② + ③

56,83

Par la MUTUELLE

TOTAL GENERAL* ① + ③

162,36

(1) Se reporter à la CARTE D'ASSURANCE MALADIE

La loi 78-17 du 6-1-78 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale, 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal)

FACTURE Ticket Modérateur N° 230015791destinée à la mutuelle pour la prise en charge éventuelle du ticket modérateur de
réglé par le client pour les produits ci-après :**10,95 EUR**

Renouvellement 1

N INSEE : 2 65 04 70 311 192 14

PHARMACIE DE CONFLANS

Assuré : GATT ROSE MARIE

Mme Talguen

Adresse : 1 IMPASSE PRÉ GILLEY 70800 JASNEY

4 Rue de l'Industrie

Bénéf : GATT ROSE MARIE

70800 CONFLANS SUR LANTEF

Date Nais : 01/04/1965

Date Facture : 11/07/2023

702002312 OP : 2 11/07/2023 11:22

Date Ordonnance : 20/06/2023

Nbre Pds : 1

Médecin : AUDOUARD PASCAL

N : 701009458

	Total	PH4	PH7	PH1	LPP	NR	PH2	Produit	TVA%
1 x 10,95 PHN	10,95					10,95		3400930137604 TCAPS 112MCG CAPS MOL BT:	10,0
Totaux	10,95	0,00	0,00	0,00	0,00	10,95	0,00		
Part Sécu	0,00							CPAM 70 - CENTRE 921 01 701 9210	
Part Mutu	0,00							MUT MMC 70 No MUTUELLE :	
Part Assuré	10,95								



SERVICE COPIPIER LE
17 JUL. 2023

Anne-Sophie MICALLEF Ostéopathe D.O

Maison du lac

38, rue des peupliers

70000 Vaivre&Montaille

06 76 42 50 62

ADELI 730001203

SIRET 75291926600029

Le 6/07 /2023

SERVICE COURRIER
17 JUL. 2023

M^le MARTIN Thérèse

N°adhérent ou S.S: 2.57.04.80410.116. SS.

Une consultation d'ostéopathie 60€

(chèque)

Anne-Sophie Micallef
OSTÉOPATHE D.O
ADELI 730001203

Membre d'une association de gestion agréée, accepte les règlements par chèque à son nom.





6 RUE PAUL MOREL

70000 VESOUL

Tél. : 03 84 75 16 44

Mutuelle soumise au livre II du code de la Mutualité

Télétransmission
Hors Sésam-Vitale
Code télétransmission
70M000854

Période de validité:

DU: 01/01/2023 AU: 31/10/2023

N° AMC : 778542852

N° Adhérent : N003168 0055

Typ Conv : OC, CSR :



BÉNÉFICIAIRES : NOM / PRÉNOM

QUALITÉ / DATE DE NAISSANCE / N° SÉCURITÉ SOCIALE / RÉGIME / PRODUIT

MARTIN PASCAL

A 24/07/1968 1680770550604 46 AS F200

MARTIN THERESE

A 09/04/1957 2570480410118 55 AS F200

GARANTIES OUVRANT DROIT AU TIERS PAYANT RÉGIME OBLIGATOIRE INCLUS*

HOSP	LARA	PHAR	COSL	EXTÉ	AUXM	TRAN	OPAU	DENT
(1)	OUI	(2)	OUI	OUI	OUI	OUI	(1)	(1)
(1)	OUI	(2)	OUI	OUI	OUI	OUI	(1)	(1)

(1) Sous réserve de la délivrance d'une prise en charge

(2) Vignettes 15% prises en charge

R: Contrat Responsable

Téléconsultation incluse 24h/24 7j/7 - second avis médical : 01 55 92 42 60

Accédez à votre espace adhérent sur mawebmutuelle.fr

WWW.MUTUELLE-MMC.COM

* LES TAUX S'APPLIQUENT AU TARIF DE RESPONSABILITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

Clinique Ambroise Paré

4 Avenue Emile Zola

59000 LILLE

Téléphone : 03.59.75.67.56

Finess 59 0 78034 2

Autre tél / Fax : 03.20.12.26.02

BULLETIN DE SITUATION

Séjour A A012310466

IPP 2013035275

07/07/2023 09:43 (FS)

PATIENT

LALLEMAND *Valentin*

22 RUE HENRI BARBUSSE

59223 RONCQ

Né le 15/02/1940 83 ans

Risque 10 - Maladie

Exo C - Acte CCAM exonérant

Anesthésie ou chirurgie ambulatoires

SERVICE COURRIER LE
10 JUL. 2023

Du 07/07/2023 07:00

Au 07/07/2023 13:00 (8 - Retour domicile)

*No d'adherent
N-106148*

ASSURE

LALLEMAND *Valentin*

NIR : 1 40 02 59 352 004 27

AMO : CPAM HD ROUBAIX-TOURCOING

2 PLACE SEBASTOPOL

TSA 99 998

59973 TOURCOING CEDEX

Centre : CPAM ROUBAIX CENTRE 751 ROUBAIX

6 rue R. COGGHE

59065 ROUBAIX CEDEX 1

AMC :

Le 07/07/2023

Cachet de l'établissement et signature

Signature de l'assuré

[Handwritten signature and stamp]