

**VitalAire**TM**VITALAIRE - RH-ALPES AUVERGNE**

6 rue de Lombardie

Parc Aktiland

69808 Saint Priest Cedex

Tél. : 0969 369 008

N° Identifiant : 692639008

SERVICE COURRIER LE

13 FEV. 2024

Code payeur : 7307000066 / 70000854

Code client : 0987172197

MMC PRAECONIS

6 RUE PAUL MOREL

BP 80283

Patient : QUERE MARIE AGNES
204 QUARTIER DE MONTLOUBIER

70006 VESOUL CEDEX

07170 VILLENEUVE-DE-BERG

No S.S. : 2560544109068 82

Date de naissance : 04/05/1956

N° adhérent :

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

Commande N° 0014014501 du 17/04/2023 pour QUERE MARIE AGNES - 07170 VILLENEUVE-DE-BERG

KREF02L OXYGENOTHERAPIE A LONG TERME INTENSIVE OU DE DEAMBULATION du 11/12/2023 au 17/12/2023 soit 1 Semaine(s) Prestation
41,21 41,21 2.10
Code LPPR : 1130220 OXYGENOTHERAPIE A LONG TERME INTENSIVE OU DE DEAMBULATION 105,21

Montant total facturé (RO + RC) : 105,21

Prise en charge régime obligatoire (RO) : 63,13

Part complémentaire : (RC 42,08 / Dép 0,00) : 42,08

Taux	Prestations	Ventes	Transports	Frais	TVA	Total T.T.C.
2,10	41,21				0,87	42,08

Total	41,21				0,87	42,08
--------------	--------------	--	--	--	-------------	--------------

✂ 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 : 233464103

Agence : 443

Client : 7307000066

Date : 18/12/2023

Montant (EUR) : 42,08

Net à payer : 42,08 EUR

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

T.V.A. Acquittée sur les débits



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

Payeur	7201000156		CPAM DE L'ARDECHE				
Numéro facture	233464102		Année facture 2023				
Nom	Fac group	FacPr	Filech	Dev	TfX	Taux change	Montant devises

FACTMVX	181223	140124	EUR	01	1.000000	63.13 D
RNOEMIE	201223	140124	EUR	01	1.000000	63.13 C

SERVICE COURRIER LE
11 3 FEV. 2024

MODIFIER



T joindre la prescription
sauf si renouvellement

N° 11389*05

Page 1(1)

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

233464102

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

QUERÉ MARIE AGNES

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

numéro d'immatriculation

2560544109068

82

010720000

date de naissance

04051956

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

QUERÉ MARIE AGNES

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

numéro d'immatriculation

SERVICE COURRIER LE

13 FEV. 2024

7201000156

0987172197

ADRESSE de L'ASSURE(E)

204 QUARTIER DE MONTLOUBIER

07170 VILLENEUVE-DE-BERG

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

VITALAIRE - RH-ALPES AUVERGNE
Parc Aktiland
6 rue de Lombardie
69808 Saint Priest Cedex

443

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

692639008

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

CHALBET SOPHIE

raison sociale

identifiant

10101806304

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

12062023

date de l'accord préalable (le cas échéant)

12062023

☒ 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° 0014014501 du 17/04/2023

Période du 11/12/2023 au 17/12/2023 soit 1 Semaine(s)

1 OXYGÉNOTHÉRAPIE À LONG TERME, OXYGÈNE LIQUIDE, OLT 2.00

Taux de prise en charge : 60.00 %

LPPR unitaire : 105.21 EUR

Total facturé : 63.13 EUR

Code LPPR : 1130220

Montant total facturé RO :

63,13 EUR

PAIEMENT

MONTANT TOTAL

en euros

105,21

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

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.