Facture N° 231461196 du 19/06/2023



VitalAire

VITALAIRE EST 15, rue CAMUS

90000 BELFORT Tél.: 0969 369 008 N° Identifiant: 902600014

Code payeur: 7307000066 /70000854

Code client: 0987408230

MMC PRAECONIS 6 RUE PAUL MOREL

BP 80283

Patient: HAUMONT RENE

7 RUE JEAN MOULIN

70006 VESOUL CEDEX

90300 OFFEMONT

No S.S.: 1491259510005 49 Date de naissance: 03/12/1949

N° adhérent : 149125951000549

SERVICE COURRIER LE

Désignation 0 3 JUIL. 2023

Quantité

P.U. H.T. Total H.T. LPPR TTC Unitaire T V

Commande N° 0011063552 du 30/05/2018 pour HAUMONT RENE - 90300 OFFEMONT

F09.TL1 PPC, apnée som, télés. (> 112h), forfait hebdo 9.TL1

Période du 18/05/2023 au 09/06/2023 soit 4 Semaine(s) Prestation

5,20 20,78

20.00

Code LPPR : 1187880

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

15,58

Montant total facturé (RO + RC):

Prise en charge régime obligatoire (RO) :

Part complémentaire : (RC

62,32 37,39

24,93 / Dép 0,00): 24,93

Taux Prestations

Ventes Transports

Frais

TVA

Total T.T.C.

20,00

20,78

lais

4,15

24,93

Total

20,78

4,15

24,93

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 :

231461196

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



Page 1(1)

ACTIONS OPTIONS ASSOCIÉES OUTILS

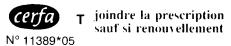
Options de filtre

Ordre de tri: 1-Spéc fac, taux

Payeur		720	7207000043		CPAM D	CPAM DE BELFORT		
Numéro facture		231461195			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 LE 03 JUIL. 2023

MODITIER



feuille de soins pharmacien ou fournisseur

Duplicata

numéro de facture (facultatif)

231461195

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) st obligatoirement remplie par le ENE	pharmacien ou le fournisseur)
(nom de famille (de naissance) suiv numéro d'immatriculation	i du nom d'usage (facult 14912595	* '	LI_ SERVICE COU	RRIER LE 019010000
date de naissance	03121949	V 41 . P	0 3 JUIL.	code de l'organisme de rattachement 2023 en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le pharmacien ou
ASSURE(E) (à remplir si la p	ersonne recevant les soit	ns n'est pas l'assuré(e))	0.0 70121	(à remplir par le pharmacien ou le fournisseur)
nom et prénom		HAUMONT RE	:NE	-
(nom de famille (de naissance) suiv numéro d'immatriculation	i du nom d'usage (facult	ratif et s'il y a lieu))		7207000043
	, (TE)	. L		0987408230
ADRESSE de L'ASSURE	· E)			-
7 RUE JEAN MOULIN IDENTIFICATION du PH	ARMACIEN on di	ı FOHRNISSEHR	– 90300 OFFEMONT IDENTIFICAT	ION de la STRUCTURE
VITALAIRE EST	. Hermitorbit va	431		
15, rue CAMUS 90000 BELFORT		401		
PHARMACIEN REMPLACA	ANT			
nom et prenom			dispositif de coordination	
identifiant	902600014	•	de soins - réseau de santé	•
IDENTI	FICATION du PR	ESCRIPTEUR et	de la STRUCTURE dans la	quelle il exerce
nom et prénom MIKAIL LUIS	S		raison sociale	
identifiant	10001841070		n° de la structure (AM. FINESS ou SIRET)	
CONI	DITIONS de PRISI	E en CHARGE de	la PERSONNE RECEVAN	Γ les SOINS
date de la prescription médicale	10062022	da	te de l'accord préalable (le cas éci	héant) 10062022
X MALADIE (si exonérati	on du ticket mod é rate	ur, cochez une case d	le la ligne suivante) . SO	INS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
			(cf.	la notice au verso : § précédé de "*"
acte conforme au protocole A		ion de prévention	autre [i] et	les recommandations importantes)
accident causé par un tier	s: non X	oui , date	$\mathbf{c} = \mathbf{c}$. The differential \mathbf{c} is a substitution of \mathbf{c}	~1
AT/MP	numéro		ou	date
	PRO	ODUITS et PREST	TATIONS DELIVRES	
tarification détaillée Commande N° 0011063552 o Période du 18/05/2023 au 09/0 1 PPC, apnée sommeil, tél	6/2023 soit 4 Semaine		===	
Taux de prise en charge: 60.			••	71 4
	Total factui	ré : 37.39 EUI =		7880 -
	_			
	-,			.E) A
	1 —⁻.			
			මන්ගේ	
		12 22222		
			Montant total fact	uré RO : 37,39 EUR
	_ -			uie (O : 37,39 LOK
		PAIEM	FNT	
	MONTANT T en euros		62,32	
l'assuré(e) n'a pas payé la part	•	X Pas	ssuré(e) n'a pas payé la part comp	
signature du pharmacien			signature de	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.