



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Moselle

SERVICE COURRIER LE

25 AVR. 2024

Mon numéro : 1 42 12 57 672 027 26

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

MINY ROBERT

Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.

Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

3646

Service gratuit
+ prix appel

CPAM DE MOSELLE 27 RUE DES MESSAGERIES CS80001

57751 METZ CEDEX 9

1079000296 848930 400 Déposé le 16.04.24

G4 DISTRI QUATRE CI 1505 59 LILLE PIC

M. MINY ROBERT

2 BIS AV DES NATIONS

57970 YUTZ

Monsieur,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 15 12 23 au 25 03 24.

Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte.

Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire MUT'EST. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
	pour ROBERT né(e) le 11 12 42				
	maladie				
	ref 2611 2335240006694				
15 12 23	HORS PARCOURS COORDONNE				
	VS GENERALISTE Sect1 (VGS)	26,50	26,50	70%	18,55
	participation forfaitaire (PFH)				- 1,00
	MAJ. DEPLACEMENT (MD)	10,00	10,00	70%	7,00
	19 12 23 : 24,55 euros				
	ref 2611 2402310001959				
18 01 24	PARCOURS COORDONNE - ACCES DIRECT AUTORISE				
	ACTE TECH MEDICAL Sect2 (ATM)	70,00	47,88	70%	33,52
	participation forfaitaire (PFH)				- 1,00
	ref 2611 2402310002199				
19 01 24	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT				
	C. SPECIFIQUE Sect2 (APC)	75,00	56,50	70%	39,55
	participation forfaitaire (PFH)				- 1,00
	24 01 24 : 71,07 euros				
	ref 2611 2402640004495				
22 01 24	HORS PARCOURS COORDONNE				
	CS GENERALISTE Sect1 (GS)	26,50	26,50	30%	7,95
	participation forfaitaire (PFH)				- 1,00
	29 01 24 : 6,95 euros				
	ref 2611 2404350003330				
10 02 24	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT				
	ACTE D IMAGERIE Sect1 (ADI)	29,29	29,29	70%	20,50
	participation forfaitaire (PFH)				- 1,00



Pour trouver des infos santé fiables et claires, je vais sur ameli.fr/assure/sante

Mon numéro : 1 42 12 57 672 027 26
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
MINY ROBERT

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
	pour ROBERT né(e) le 11 12 42 maladie ref 2611 2404350003330				
	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT ACTE D IMAGERIE Sect1 (ADI) ref 2121 2404480004174	0,75	0,75	70%	0,53
	A noter : Pour les prestations figurant ci-après vous n'avez pas réglé directement votre professionnel, les participations forfaitaires, les franchises ou les majorations hors parcours de soins coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.				
25 01 24	PHARMACIE pour ROBERT né(e) le 11 12 42		(2402165026)	-	4,50
25 01 24	PHARMACIE pour ROBERT né(e) le 11 12 42		(2402165027)	-	1,50
25 01 24	PHARMACIE pour ROBERT né(e) le 11 12 42		(2402165028)	-	0,50
19 01 24	AMBULANCE AGREEE pour ROBERT né(e) le 11 12 42		(2402165029)	-	2,00
26 01 24	ACTE BIOLOGIE pour ROBERT né(e) le 11 12 42		(2402448175)	-	2,00
26 01 24	SOINS INFIRMIERS pour ROBERT né(e) le 11 12 42		(2402448176)	-	0,50
	13 02 24 : 9,03 euros ref 2611 2405710003965				
23 02 24	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT ACTE TECH MEDICAL Sect2 (ATM) participation forfaitaire (PFH)	48,46	30,46	70%	21,32 - 1,00
	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT ACTE TECH MEDICAL Sect2 (ATM) participation forfaitaire (PFH) ref 2121 2405880003267	21,54	14,40	70%	10,08 - 1,00
10 02 24	AMBULANCE AGREEE pour ROBERT né(e) le 11 12 42		(2403289650)	-	4,00
22 02 24	PHARMACIE 15% pour ROBERT né(e) le 11 12 42		(2404010588)	-	5,88
22 02 24	PHARMACIE pour ROBERT né(e) le 11 12 42		(2404010589)	-	2,00
22 02 24	PHARMACIE pour ROBERT né(e) le 11 12 42		(2404010590)	-	0,50
22 02 24	PHARMACIE pour ROBERT né(e) le 11 12 42		(2404010591)	-	0,50
	27 02 24 : 16,52 euros ref 2611 2405910005851				
27 02 24	PARCOURS COORDONNE - ACCES DIRECT AUTORISE ECHO OU DOPPLER . Sect2 (ADE) participation forfaitaire (PFH)	49,09	33,22	70%	23,25 - 1,00
	PARCOURS COORDONNE - ACCES DIRECT AUTORISE ACTE TECH MEDICAL Sect2 (ATM) participation forfaitaire (PFH)	20,91	14,15	70%	9,91 - 1,00
	29 02 24 : 31,16 euros				



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Moselle

Page 3/5

SERVICE COURRIER LE

25 AVR. 2024

Mon numéro : 1 42 12 57 672 027 26

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

MINY ROBERT

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
	pour ROBERT né(e) le 11 12 42 maladie ref 2611 2409940004081				
25 03 24	HORS PARCOURS COORDONNE CS GENERALISTE Sect1 (GS) participation forfaitaire (PFH) ref 2121 2410080004193	26,50	26,50	30%	7,95 - 1,00
27 02 24	AMBULANCE AGREEE pour ROBERT né(e) le 11 12 42 (2404455706)				- 4,00
23 02 24	AMBULANCE AGREEE pour ROBERT né(e) le 11 12 42 (2404528420)				- 2,00
25 03 24	PHARMACIE pour ROBERT né(e) le 11 12 42 (2405779098)				- 0,95
	NOUVEAU SOLDE : 3,55				

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	pour ROBERT né(e) le 11 12 42 maladie ref 2701 2402532801901				
19 01 24	X AMBULANCE AGREEE (ABA) franchise à retenir (1) (FRT)	134,46	134,46	100%	134,46 - 2,00
	réglé au destinataire A3F : 134,46 euros ref 2721 2404350000043				
10 02 24	FORF. TECH. NORMAL (FTN)	93,03	93,03	100%	93,03
	réglé au destinataire SDF SCANNER : 93,03 euros ref 2701 2404519902776				
10 02 24	X AMBULANCE AGREEE (ABA) franchise à retenir (1) (2 FRT)	122,22	122,22	55%	67,22 - 4,00
	réglé au destinataire BAUMANN AMBULANCES : 67,22 euros ref 2701 2406440000194				
27 02 24	AMBULANCE AGREEE (ABA) franchise à retenir (1) (2 FRT)	134,46	134,46	55%	73,95 - 4,00
	réglé au destinataire A3F : 73,95 euros ref 2701 2406413801901				
23 02 24	AMBULANCE AGREEE (ABA) franchise à retenir (1) (FRT)	134,46	134,46	100%	134,46 - 2,00
	réglé au destinataire A3F : 134,46 euros				

14506

684904900029605000



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Moselle

Mon numéro : 1 42 12 57 672 027 26

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

MINY ROBERT

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépende	base du remboursement	taux	montant payé
	pour ROBERT né(e) le 11 12 42 maladie ref 2701 2406413801901				

(1) Les participations forfaitaires et franchises constatées sur ces actes sont déduites du montant remboursé dans la partie « Vos remboursements de soins » ou le seront sur vos prochains règlements.



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Complémentaire santé solidaire :
avec elle, plus aucun frais
de santé à payer.

Le Complémentaire santé solidaire permet aux personnes aux revenus modestes de ne plus avancer leurs frais de santé.
Vous ne payez plus chez les médecins généralistes, les spécialistes, à l'hôpital et dans la plupart des cas, les lunettes, les prothèses dentaires et les aides auditives.

POUR SAVOIR SI VOUS POUVEZ EN BÉNÉFICIER, RENDEZ-VOUS SUR AMELI.FR



ameli.fr

8846 v20.01.01

VEHICULE SANITAIRE LEGER (VSL) ☐AMBULANCE ☒ABA ☒
ABG ☐
AFG ☐Volet destiné à l'organisme de paiement ☐
Volet destiné à l'assuré(e) social(e) ☒
Volet destiné au transporteur ☐

Date de la facture

12/02/2024

N° de la facture

00210222

Personne transportée et assurée(e)

Personne bénéficiaire du transport

Nom et prénom

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

Numéro d'immatriculation

1.42.12.57.672.027

26

Date de naissance

11/12/1942

015712121 centre de paiement ou de la section
maladie (pour les salariés) ou nom et n° de
l'assuré(e) (pour les non salariés)

CPAM MOSELLE

27 RUE DES MESSAGERIES

57751 METZ CEDEX 9

Assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom

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

Numéro d'immatriculation

Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers (hors AT/MP) ? Non ☒ Oui ☐ Date de l'accident

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom

BAPTISTE AURELIE

Raison sociale

Identifiant

N° de la structure
(AM, PNESS ou SIRET)

571010248

OU Samu-Centre 15, n° de mission

Si prescription en ligne, n°

Transport effectué (si transports multiples, veuillez cocher la case ☐)

Aller	date	10/02/2024	Urgence : non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		
	lieu de prise en charge	YUTZ (57757)		heure du départ	10:15
	destination	THIONVILLE (57672)		heure de l'arrivée	10:20
	membre(s) de l'équipage	COLUCCI LAETITIA / CANGIANO BRUNO	N° minéralogique du véhicule	GK530SL	Nbre Km
Retour	date	10/02/2024			
	lieu de prise en charge	THIONVILLE (57672)		heure du départ	11:25
	destination	YUTZ (57757)		heure de l'arrivée	11:30
	membre(s) de l'équipage	ZANARDO EMMANUE / MARX ELODIE	N° minéralogique du véhicule	GS180NJ	Nbre Km

Tarification

	Quantité	Montant
- 1) Forfait : départemental <input checked="" type="checkbox"/> agglomération <input type="checkbox"/> PEC <input type="checkbox"/>	2	104,82
majoration nuit		
majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 2) Tarif kilométrique		
majoration nuit		
majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 3) Valorisation trajet court de jour	2	17,40
- 4) Valorisation trajet court de nuit		
- 5) Valorisation trajet court samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 6) Supplément : aéroport, port, gare <input type="checkbox"/> prématuré, incubateur <input type="checkbox"/> Samu-Centre 15 <input type="checkbox"/> autre (à préciser)		
- 7) Abattement pour transport partagé [- deux patients <input type="checkbox"/> - trois patients <input type="checkbox"/>	-	-
- 8) Péage (en cas de transport partagé, le montant des péages doit être divisé par le nombre de personnes transportées)		
• BASE DE REMBOURSEMENT		122,22
Part de l'organisme 55 % x ①	122,22	67,22
Part de l'assuré(e) 45 % x ②	122,22	55,00
Supplément non remboursable (à détailler)		③
Somme à payer par l'assuré(e)	55,00	

Facture Acquittée

MONTANT TOTAL DE LA FACTURE

122,22

DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS : totale ☐ partielle ☐• PAIEMENT DIRECT ☐

AMBULANCES BAUMANN

Transporteur

Raison sociale 9 Route d'Esch sur Alzette (57100)

Adresse THIONVILLE 12/02/2024

Fait à Le

N° d'identification : 572500049

Signature du transporteur

AMBULANCES BAUMANN SAS
Capital de 45.000 €
9, rue d'Esch-sur-Alzette - 57100 THIONVILLE
Tél. 03 82 56 27 77

Attestation de l'assuré(e) (facultative si annexe remplie et signée)

L'assuré(e), le bénéficiaire du transport ou son représentant atteste de la réalisation du transport mentionné ci-dessus et de la somme réglée, le cas échéant.
Il(elle) s'engage à payer la facture en cas de refus total ou partiel de prise en charge par l'organisme d'assurance maladie.

Fait à Le

Signature

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée 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 de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

CNAM 715 - XII 2017

UCANSS - F - 33601B.VUNI - 05/2023 - 20183019

Nº A. 2066927 / 0040610

FACTURE DE TRANSPORT

VEHICULE SANITAIRE LEGER (VSL) ☐AMBULANCE ☒ABA ☐
ABG ☐
AFG ☐Volet destiné à l'organisme de paiement ☐Volet destiné à l'assuré(e) social(e) ☐Volet destiné au transporteur ☒

Date de la facture 29/02/2024

N° de la facture 000140332

Personne transportée et assuré(e)

● Personne bénéficiaire du transport

Nom et prénom

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

Numéro d'immatriculation

1 4 2 1 2 5 7 6 7 2 0 2 7 2 6

Date de naissance

11/12/1942

nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

015713061 CPAM MOSELLE

27 RUE DES MESSAGERIES

57033 METZ CEDEX

● Assuré(e) (à remplir si la personne qui bénéficie du transport n'est pas l'assuré(e))

Nom et prénom

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

Numéro d'immatriculation

● Ce transport est-il en rapport avec un accident causé par un tiers (hors AT/MP) ? Non ☐ Oui ☒ Date de l'accident

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom BAPTISTE AURELIE

Raison sociale

Identifiant 571010248

N° de la structure

(AM, FINESSE ou SIRET)

OU Samu-Centre 15, n° de mission

● Si prescription en ligne, n°

Transport effectué (si transports multiples, veuillez cocher la case ☐)

Aller	date	27/02/2024	Urgence : non <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>			
	lieu de prise en charge	DOMICILE		heure du départ	09 58	Nbre Km
	destination	LOCATELLI ANDY		heure de l'arrivée	10 06	2
	membre(s) de l'équipage	KAH.PHILIPPE / SCHEFFEL CHRISTON ^{N° minéralogique du véhicule} FL 577 XR				
Retour	date	27/02/2024				
	lieu de prise en charge	LOCATELLI ANDY		heure du départ	11 07	Nbre Km
	destination	DOMICILE		heure de l'arrivée	11 13	2
	membre(s) de l'équipage	KAH.PHILIPPE / SCHEFFEL CHRISTON ^{N° minéralogique du véhicule} FL 577 XR				

Tarification

	Quantité	Montant
- 1) Forfait : départemental <input type="checkbox"/> agglomération <input checked="" type="checkbox"/> PEC <input type="checkbox"/>	2	117.06
majoration nuit		
majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 2) Tarif kilométrique		
majoration nuit		
majoration samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 3) Valorisation trajet court de jour	2	17.40
- 4) Valorisation trajet court de nuit		
- 5) Valorisation trajet court samedi (à partir de 12 h)/dimanche/jour férié		
- 6) Supplément : aéroport, port, gare <input type="checkbox"/> prématuré, incubateur <input type="checkbox"/> Samu-Centre 15 <input type="checkbox"/>		
autre (à préciser)		
- 7) Abattement pour transport partagé <input type="checkbox"/>		
- 8) Péage (en cas de transport partagé, le montant des péages doit être divisé par le nombre de personnes transportées)		

● BASE DE REMBOURSEMENT

Part de l'organisme	55	% x ①	134.46 =	73.95	①	134.46
Part de l'assuré(e)	45	% x ②	134.46 =	60.51	②	
Supplément non remboursable (à détailler)					③	
Somme à payer par l'assuré(e)		② + ③	60.51			0.00

● MONTANT TOTAL DE LA FACTURE

● DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS : totale ☐ partielle ☒ 25 MAR. 2024 ① + ③ 134.46● PAIEMENT DIRECT ☐

Transporteur

Raison sociale SARL AMB DES TROIS FRONTIERES

Adresse RUE DU CANAL - ZAC UNICOM 57970 BASSE HAM

Fait à BASSE HAM Le 29/02/2024

N° d'identification

572501294

Signature du transporteur

AMBULANCES UNICOM

ZAC Unicom - 57970 BASSE-HAM

Tel. 03 82 86 68 00

Fax 03 82 56 58 98

Attestation de l'assuré(e) (facultative si annexe remplie et signée)

L'assuré(e), le bénéficiaire du transport ou son représentant atteste de la réalisation du transport mentionné ci-dessus et de la somme réglée, le cas échéant. Il(elle) s'engage 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.

Fait à BASSE HAM Le 29/02/2024

Signature

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée 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 de pénalités financières, d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

CNAM 715 - XII 2017

UCANSS - PARAGON CC - 20AC25 - S3601B.VUNI - 12/2022 - 20182218

№ А. 2066937/0040610