



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Saône-et-Loire

CPAM DE SAONE ET LOIRE
71022 MACON CEDEX 9

Mon numéro : 1 53 09 30 132 182 14
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
AUBERT Claude
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

3646

Service gratuit
prix appel

M. AUBERT Claude
BAT C N 27
6 RUE DU DOCTEUR ANGELIER
71150 CHAGNY

Le 12/07/2023

> MON ATTESTATION DE DROITS À L'ASSURANCE MALADIE

Monsieur,

Vous êtes affilié à un régime d'assurance maladie pour la protection de votre santé.

Pour faire valoir vos droits, vous trouverez ci-joint une attestation à présenter aux professionnels de santé (médecins, pharmaciens, etc.) si vous ne disposez pas de la carte Vitale.

En cas de changement d'activité, de déménagement, de mariage ou de naissance, pensez à informer rapidement votre organisme d'assurance maladie et à mettre à jour votre carte Vitale. Vos droits seront ainsi actualisés.



La mise à jour de ma carte Vitale, c'est maintenant !

Des bornes de mise à jour sont à ma disposition dans toutes les caisses d'assurance maladie, les pharmacies et dans certains établissements de santé.

Avec toute mon attention,

votre correspondant de l'Assurance Maladie

0641v1.41



→ Votre attestation de droits à l'assurance maladie à présenter aux professionnels de santé

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

VOTRE INTERLOCUTEUR

CABINET HYSENI
11 RUE DOCTEUR QUIGNARD
21000 DIJON

ADHERENT SOUSCRIPTEUR

MME PINSON DOMINIQUE

6 RUE DU DR ANGELIER
71150 CHAGNY

CERTIFICAT D'ADHESION

Numéro Adhérent : N155091

DESIGNATION DES BENEFICIAIRES A GARANTIR

Nom	Prénom	Date de naissance	Option	Date d'effet	Stages
PINSON	DOMINIQUE	22 01 1959	CIRCE 2 Performance III	01 01 2023	Non
AUBERT	CLAUDE	03 09 1953	CIRCE 2 Performance III	01 01/2023	Non

- Votre cotisation annuelle de 2023 est fixée à 1530.72 Euros, payée par Prélèvement Mensuel d'un montant de 127.56 Euros

Vous trouverez ci-après la référence unique du mandat que vous nous avez donné pour prélever la cotisation sur votre compte bancaire

- RUM : 036DDF20220419002442
- Identifiant créancier SPPA (ICS) : FR54ZZZ587149

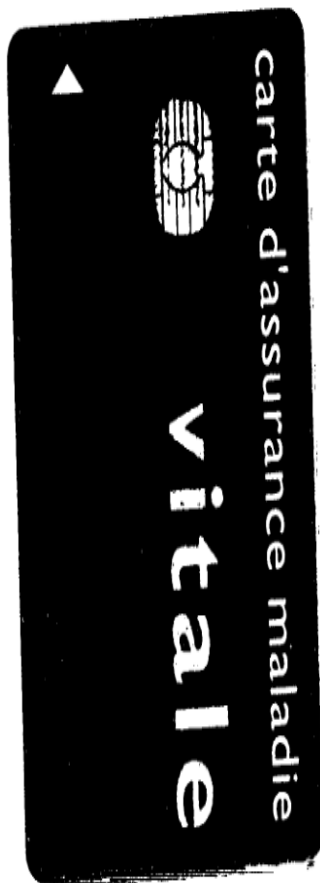
- Durée et renouvellement de l'adhésion : l'adhésion est souscrite jusqu'au 31 décembre de l'année en cours, et ensuite tacitement reconduite d'année en année à échéance principale le 1^{er} janvier.

- Cessation d'adhésion : se reporter au titre I, chapitre II, section 2 des statuts

- Assureur : MMC

Fait à VESOUL le 19 avril 2022

PRAECONIS
6, rue Paul Morel - B.P. 80283
70006 VESOUL Cedex
Tél. 03 84 97 12 39
SAS au capital de 305 400 €
ORIAS 10 058 426 - RCS 527 879 419



CREDIT AGRICOLE
CENTRE EST
AG CHAGNY
3 RUE DU BOULEG
71150 CHAGNY

OPERATION : 079932 GAB 01520092
DATE : 11/07/2023 HEURE : 15:35:23
CARTE : XXXXX1889

RIB / IBAN

Code	Code	Numéro	Cle
Banque	Gaichet	Compte	RIB
17806	00067	57310110000	83

Domiciliation :
CHAGNY (00670)

IBAN (International Bank Account Number)
FR76 1780 0000 5757 3101 1000 083
BIC : AGRIFRPP878

TITULAIRE DU COMPTE :
M. AUBERT CLAUDE
6 RUE DU DOCTEUR ANGELIER
71150/ CHAGNY

SERVICE COMPTABLE
17 JUL. 2023

ADH

N° 1089643

SERVICE COURRIER

17 JUL. 2023

HANDEL VIVANT

28 rue FROIDE

62160 AIR MOUTTE

Bonjour

Je vous joint ma facture pour le

Prem. pour demeur. de 50€ par jour.

Merci de me traiter cette facture
à plus vite

Marc



FACTURE D'HOSPITALISATION

PATIENT

Nom / Prénom : HANOTEL, VIVIANE NE(E) REGNIER

Date de naissance : 19/10/1958

HANOTEL VIVIANE
28 RUE FROIDE

N° IPP / N° Séjour : 10316994 / 203549157

Période séjour du : 26/06/2023 au 30/06/2023

N° SS : 2 58 10 62 510 032 97 (Patient)

62160 AIX NOULETTE
France

N° Adhérent :

Débiteur 1 :

Débiteur 2 : M70VEMMOPREVALOIS - PRAECONIS - MMC DEVELOPPEMENT

Organisme d'affil. : 01624000

SERVICE COORDONNÉ
17 JUL. 2023

Facture N° 2391019833 Période du : 26/06/2023 au 30/06/2023 DMT/MT d'entrée : 234 / 03 DMT/MT de sortie : 181 / 03


Désignation	Dates Début Fin	Tarif	Taux PEC/SS	Tarif Payeur	Nbre	Montant à votre charge
CHAMBRE PARTICULIERE	26/06/2023 30/06/2023	69.00	0	0.00	5.00	345.00

*** FACTURE REGLEE ***

Mode : HENIN CARTE BANCAIRE

N° cheque : . Date : 12/07/2023

Banque : CAISSE D'EPARGNE


Groupe AHNAC

POLYCLINIQUE de HENIN-BEAUMONT
1110 Route de Courrières
BP 20199 - 62254 HENIN-BEAUMONT
N° Finess 62 0003376

Euros	
Total à payer	345.00
Somme perçue	345.00
Reste à payer	0.00

Facturé le 30/06/2023

FACTURE D'HOSPITALISATION

PATIENT

Nom / Prénom : HANOTEL, VIVIANE NE(E) REGNIER

Date de naissance : 19/10/1958

HANOTEL VIVIANE
28 RUE FROIDE

N° IPP / N° Séjour : 10316994 / 203549157

Période séjour du : 26/06/2023 au 30/06/2023

N° SS : 2 58 10 62 510 032 97 (Patient)

62160 AIX NOULETTE
France

N° Adhérent :

Débiteur 1 :

Débiteur 2 :

Organisme d'affil. : 01624000

SERVICE COMPTABLE
17 JUL. 2023

Facture N° 2391019833 Période du : 26/06/2023 au 30/06/2023 DMT/MT d'entrée : 234 / 03 DMT/MT de sortie : 181 / 03

Désignation	Dates Début Fin	Tarif	Taux PEC/SS	Tarif Payeur	Nbre	Montant à votre charge
CHAMBRE PARTICULIERE	26/06/2023 30/06/2023	69.00	0	0.00	5.00	345.00

	Euros
Total à payer	345.00
Somme perçue	0.00
Reste à payer	345.00

Reste à payer : TROIS CENT QUARANTE CINQ EUROS

Facturé le 30/06/2023

POLYCLINIQUE DE HENIN BEAUMONT
1110 ROUTE DE COURRIERES
BP 20199 - 62254 HENIN BEAUMONT CEDEX
FINESS 620003376

Joindre à votre règlement à l'ordre de l'AHNAC à adresser au service Facturation

N° IPP : 10316994 HANOTEL, VIVIANE NE(E) REGNIER Facture : 2391019833 Montant : 345.00 Euros *2391019833*
Regroup. : HB FACTURATION HOSPI COMPLETE
C.C.P. : BP- FR65 2004 1010 0510 7403 7B02 604 PSSTFRPLIL

le 12/07/2023

N° adhérent : N 153 166

Jean-Jacques ROUGIER

PEDICURE-PODOLOGUE

7 rue des cerisiers

25720 AVANNE-AVENEY

Tél : 06.37.68.43.92.

ADEL : 258 000 793

SERVICE COURRIER LE
17 JUL. 2023

FACTURE

Madame Monsieur *DARTEUEUE Gabriel*
Un soin de pédicurie le *10.07.2023*

- au cabinet
- ~~à domicile~~

d'un montant de *40.* €

réglé par :

- ~~espèces~~
- ~~chèque~~
- carte bancaire

ROUGIER JEAN-JACQUES
PEDICURE-PODOLOGUE
7 R. DES CERISIERS
25720 AVANNE

le 12/07/2023

PHARMACIE DES EPOISSES
CTRE CIAL LES EPOISSES
25000 BESANCON - FRANCE
Tél : 0381514476
SIRET:88160704800017 - NAF:4773Z - FR47881607048

Le 06/07/23 à 10h02 Op. : 2 _ S
Patient : DARTEVELLE GABRIEL

Qté	Désignation	Prix U.	Total
	Code prod / Code TVA	TTC	TTC

Ordonnance n°916919

1	COMFEEL PLUS TRANSP P 5708932844703 / 6	6,95	6,95
1	ZYDUS COMP NON TISSE 3401060241957 / 6	2,33	2,33
1	PHYSIOLOGICA SERUM PH 3401042933641 / 6	2,50	2,50

Total HT :9,82	Total TTC : 11,78
Part AMO :5,57	Part AMC : 3,71
Part CLIENT :	2,50
Dont reste assuré :	2,50

Avoir de la facture N°916912
Patient : DARTEVELLE GABRIEL

Qté	Désignation	Prix U.	Total
	Code prod / Code TVA	TTC	TTC

Ordonnance n°916918

-1	COMFEEL PLUS TRANSP P 5708932844703 / 6	6,95	-6,95
-2	ZYDUS COMP NON TISSE 3401060241957 / 6	2,33	-4,66
-1	PHYSIOLOGICA SERUM PH 3401042933641 / 6	2,50	-2,50

Total HT :0,00	Total TTC : 0,00
Cumul Avoir :	-14,11
Part CLIENT :	-2,50

N° adhérent N 153 166

TOTAL : 0,00

--- INFORMATIONS LEGALES ---

TVA	Code	HT	TVA	TTC
20,00%	6	-1,94	-0,39	-2,33

Ticket 195782/1456162 / B525/0370-1
(NF525) 127/ /1/AVOIR/DOPLICATA TICKET/6/N/KRQI/JcDJ-
/2.20.1.1.R18-140/2

Imprimé le 06/07/23 à 10h02m21

A BIENTOT
MERCI POUR VOTRE VISITE

FACTURE Ticket Modérateur N° 230034398destinée à la mutuelle pour la prise en charge éventuelle du ticket modérateur de
réglé par le client pour les produits ci-après :**25,80 EUR****SERVICE COURRIER LE****17 JUIL. 2023****PHARMACIE DE LA BERNARDINE****2 rue de la liberation****397000 ORCHAMPS****N INSEE : 1 38 12 25 611 001 32****Assuré : DARTEVELLE GABRIEL****Adresse : 6 RUE DE FRANCHE COMTE 25000 BESANCON****Bénéf : DARTEVELLE GABRIEL****Date Nais : 02/12/1938****Date Facture : 29/06/2023****Date Ordonnance : 29/06/2023****392002481 OP : 3 29/06/2023 18:42****Nbre Pmts : 21****Médecin : SERONDE MARIE FRANCE****N : 390000222**

	Total	PH4	PH7	PH1	LPP	NR	PH2	Produit	TVA%
1 x 12,26 PH7	12,26		12,26					3400930080153 ATORVASTATINE VIA 80MG CP	2,1
1 x 2,76 HG7	2,76		2,76					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
1 x 5,79 PH7	5,79		5,79					3400930184066 BISOPROLOL VIA 5MG CPR BT	2,1
1 x 2,76 HG7	2,76		2,76					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
5 x 1,87 PH7	9,35		9,35					3400932905997 DIFFU-K 600MG GELU BT40	2,1
5 x 1,02 HD7	5,10		5,10					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
1 x 40,25 PH7	40,25		40,25					3400930224762 EZETIMIBE VIA 10MG CPR BT9	2,1
1 x 2,76 HG7	2,76		2,76					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
1 x 38,29 PH7	38,29		38,29					3400926649975 FORXIGA 10MG CPR PELL PLQ	2,1
1 x 1,02 HD7	1,02		1,02					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
1 x 1,85 PH7	1,85		1,85					3400936476998 FUROSEMIDE VIA 40MG CPR B	2,1
1 x 1,02 HD7	1,02		1,02					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
2 x 1,58 PH7	3,16		3,16					3400949605538 IZALGI 500MG/25MG GELU BT1	2,1
2 x 1,02 HD7	2,04		2,04					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
1 x 1,62 PH7	1,62		1,62					3400934744198 KARDEGIC 75MG PDR SACH 3C	2,1
1 x 1,02 HD7	1,02		1,02					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
1 x 4,10 PH7	4,10		4,10					3400927800542 PANTOPRAZOLE VIA 20MG CP	2,1
1 x 1,02 HD7	1,02		1,02					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
2 x 12,90 PHN	25,80					25,80		3400934188695 PRINCI-B CPR BT30	10,0
1 x 53,44 PH7	53,44		53,44					3400921923056 XARELTO 20MG CPR PELLIC B	2,1
1 x 1,02 HD7	1,02		1,02					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
1 x 0,31 HC	0,31			0,31				HONORAIRE COMPLEXE	2,1
1 x 0,51 HDR	0,51			0,51				HONORAIRE DE MEDICAM. REMB.	2,1
1 x 1,58 HDA	1,58			1,58				HONORAIRE LIE A L'AGE	2,1
1 x 3,57 HDE	3,57			3,57				HONORAIRE DE MEDICAM. SPEC.	2,1
Totaux	222,40	0,00	190,63	5,97	0,00	25,80	0,00		
Part Sécu	196,60							CPAM DU DOUBS 1960 1960 01 251 1960	
Part Mutu	0,00								
Part Assuré	25,80								

N° adhérent : N153166**le 12/07/2023**

Réglé le 29/06/
PHARMACIE DE LA BERNARDINE
 Céline CANAL-LETHIER
 39700 ORCHAMPS / 03 84 71 31 13
 N° 392002481



17 JUL. 2023

Telecom • services

Reçu

N° du reçu 43021
Patient Gabriel Darteville
Date d'entrée 07/06/2023 16:08

Date 21/06/2023 16:29
Utilisateur CH Dole
Emplacement Dôle / Cardio-SSR / SSR1

Service Télévision

Vous pouvez dès à présent profiter de votre service Télévision. Votre télécommande est disponible dans votre chambre. Vous avez accès à l'ensemble des chaînes de votre offre.

La Boutique est ouverte du :

- **Lundi au Vendredi de 09:00 à 19:00**

- et le **Samedi de 09:00 à 12:00** et de **14:00 à 19:00**.

En cas de **départ anticipé**, merci de **nous prévenir pour suspendre votre contrat**. Suite à la suspension de votre contrat, vous avez **un délai de 10 jours** pour procéder au remboursement du service suspendu sur présentation du reçu.

En cas de prolongation, le tarif dégressif sera appliqué si vous l'effectuez avant **la date et l'heure de fin de votre contrat** (le prévoir éventuellement la veille).

Pour appeler la Boutique, composez depuis votre poste le ☎ **8192** ou le ☎ **03 84 79 81 92** depuis un fixe ou un mobile.

Les services resteront ouverts jusqu'à l'épuisement des jours commandés.

	Nom	Qté / Jours	Montant (€)	Crédit d'appel commandé (€)	Date de fin
Offre Confort		14	41,80		05/07/2023 16:29
Total (€)	Paiement (€)	Mode de paiement	Solde (€)	Crédit d'appel (€)	
41,80	41,80	Carte bancaire (TPE)	38,00	0,00	

Paiement effectué

N° adhérent : N 153166

le 12/07/2023

Remboursement de
34,20 €
Boutique de l'hôpital
le 29/6/23