

**VitalAire**<sup>TM</sup>**VITALAIRE EST**

39 rue Thomas Edison

25000 Besançon

Tél. : 0969 369 008

N° Identifiant : 902600014

Code payeur : 7307000066 / 70000854  
Code client : 7114048854MMC PRAECONIS  
6 RUE PAUL MOREL  
BP 80283Patient : SAGE FRANCK  
13 ROUTE DE VILLEPAROIS

70006 VESOUL CEDEX

70000 COULEVON

No S.S. : 1670170550060 58

Date de naissance : 20/01/1967

N° adhérent : 167017055006058

**Désignation****SERVICE COURRIER LE**  
03 JUIL. 2023**Quantité****P.U.****H.T.****Total****H.T.****LPPR TTC****Unitaire****T****V****A**

Commande N° 0003226430 du 23/06/2006 pour SAGE FRANCK - 70000 COULEVON

<b>F09.TL1</b>	PPC, apnée som, télés. (> 112h), forfait hebdo 9.TL1	Période du 18/05/2023 au 14/06/2023 soit 4 Semaine(s)	Prestation
		5,20	20,78
			20,00
	Code LPPR : 1187880	PPC, apnée sommeil, télé-suivi (+112 h), forfait hebdo 9.TL1	15,58

Montant total facturé (RO + RC) :	62,32
Prise en charge régime obligatoire (RO) :	37,39
Part complémentaire : ( RC 24,93 / Dép 0,00 ) :	24,93

Taux	Prestations	Ventes	Transports	Frais	TVA	Total T.T.C.
20,00	20,78				4,15	24,93

<b>Total</b>	<b>20,78</b>				<b>4,15</b>	<b>24,93</b>
--------------	--------------	--	--	--	-------------	--------------

✂ 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 :

231437174

Agence :

432

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



Payeur                      7206000894                      CPAM DE HAUTE SAONE

Numéro facture                      231437173                      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 JUL. 2023

feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur

Duplicata

numéro de facture (facultatif)

231437173

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)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

SAGE FRANCK

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

numéro d'immatriculation

1670170550060

58

017010000

date de naissance

20011967

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

SAGE FRANCK

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

numéro d'immatriculation

7206000894

7114048854

ADRESSE de L'ASSURE(E)

13 ROUTE DE VILLEPAROIS

70000 COULEVON

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

VITALAIRE EST

432

39 rue Thomas Edison  
25000 Besançon

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

SERVICE COURRIER LE

03 JUL. 2023

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

902600014

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

GAINET BRUN MARIE

identifiant

10002495066

raison sociale

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

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

18112022

date de l'accord préalable (le cas échéant)

18112022

☒ MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non ☒

oui

date

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "X"  
et les recommandations importantes)

AT/MP

numéro

ou

date

## PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Commande N° 0003226430 du 23/06/2006

Période du 18/05/2023 au 14/06/2023 soit 4 Semaine(s)

1 PPC, apnée sommeil, télé suivi (+112 h), forfait hebdo 9.TL1

Taux de prise en charge : 60.00 %

LPPR unitaire : 15.58 EUR

Total facturé : 37.39 EUR

Code LPPR : 1187880

Montant total facturé RO : 37,39 EUR

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

62,32

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 fournisseursignature 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.**