

**VitalAire**TMVITALAIRE EST
39 rue Thomas Edison25000 Besançon
Tél. : 0969 369 008
N° Identifiant : 902600014Code payeur : 7307000066 / 70000854
Code client : 0001604960MMC PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283Patient : GRIM COLETTE
22B RUE DE LA FLANDRIERE

70006 VESOUL CEDEX

70000 ECHENOZ-LA-MELINE
No S.S. : 2540270550049 90
Date de naissance : 17/02/1954
N° adhérent : 254027055004990SERVICE COURRIER LE
03 JUL. 2023

Désignation

Quantité

P.U.
H.T.Total
H.T.LPPR TTC
UnitaireT
V
A

Commande N° 0004182718 du 12/11/2009 pour GRIM COLETTE - 70000 ECHENOZ-LA-MELINE

F09.TL1	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
	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

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 : 231443032

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	231443031		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
03 JUL 2023

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

Duplicata

numéro de facture (facultatif)

231443031

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 GRIM COLETTE

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

numéro d'immatriculation 2540270550049 90

017010000

date de naissance 17021954

SERVICE COURRIER L

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 GRIM COLETTE

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

numéro d'immatriculation

7206000894

0001604960

ADRESSE de L'ASSURE(E)

22B RUE DE LA FLANDRIERE

70000 ECHENOZ-LA-MELINE

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

VITALAIRE EST 432

39 rue Thomas Edison
25000 Besançon

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 MAITRE JULIEN

identifiant 10004430889

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 25012023

date de l'accord préalable (le cas échéant) 25012023

☒ 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° 0004182718 du 12/11/2009

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

1 PPC, apnée sommeil, télésoin (+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 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.