

PUERI Malvina  
11 chemin des Sablons  
71700 LACROST

N° Adhérent : N 137370.

SERVICE COURRIER LE  
- 6 JUIN 2024

Madame,

Veuillez trouver ci joint documents pour  
remboursements soins.

Je vous prie d'agréer, Madame, mes sincères  
salutations

Pueri

assuré social PULERI MALVINA

n° de Sécurité Sociale 2 00 06 21 231 503 47

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphone

Caisse d'assurance maladie de Saône-et-Loire  
71022 MACON CEDEX 9

MME. PULERI MALVINA  
11 CHE DES SABLONS  
71700 LACROST

Voici le détail des versements vous concernant pour la journée du 23/05/2024

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

**pour information**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour MALVINA né(e) le 18/06/2000 maladie réf 7110 2414310016767				
13/05/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0)	12,60	12,60	60 %	7,56
	franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>				-1,00
13/05/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
13/05/2024	IND.KILOMETRIQUE (2 IK)	0,70	0,70	100 %	0,70
13/05/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00
14/05/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0)	12,60	12,60	60 %	7,56
	franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>				-1,00
14/05/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
14/05/2024	IND.KILOMETRIQUE (2 IK)	0,70	0,70	100 %	0,70
14/05/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00
15/05/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0)	12,60	12,60	60 %	7,56
	franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>				-1,00
15/05/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
15/05/2024	IND.KILOMETRIQUE (2 IK)	0,70	0,70	100 %	0,70
15/05/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00
16/05/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0)	12,60	12,60	60 %	7,56
	franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>				-1,00
16/05/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
16/05/2024	IND.KILOMETRIQUE (2 IK)	0,70	0,70	100 %	0,70
16/05/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00
	maladie réf 7110 2414310016767				
17/05/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0)	12,60	12,60	60 %	7,56
	franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>				-1,00
17/05/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
17/05/2024	IND.KILOMETRIQUE (2 IK)	0,70	0,70	100 %	0,70
17/05/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00
18/05/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0)	12,60	12,60	60 %	7,56
	franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>				-1,00

(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.



SERVICE COURRIER LE  
- 6 JUIN 2024

assuré social PULERI MALVINA  
n° de Sécurité Sociale 2 00 06 21 231 503 47  
Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphone

Caisse d'assurance maladie de Saône-et-Loire  
71022 MACON CEDEX 9

MME. PULERI MALVINA  
11 CHE DES SABLONS  
71700 LACROST

Voici le détail des versements vous concernant pour la journée du 23/05/2024

pour information					
dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
18/05/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
18/05/2024	IND.KILOMETRIQUE (2 IK)	0,70	0,70	100 %	0,70
18/05/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00
19/05/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0)	21,10	12,60	60 %	7,56
	franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>				-1,00
19/05/2024	MAJO.FERIE AMI (NA)		8,50	60 %	5,10
19/05/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
19/05/2024	IND.KILOMETRIQUE (2 IK)	0,70	0,70	100 %	0,70
19/05/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00

réglé le 23/05/2024 au destinataire PORRA THIERRY : 95,47 euro(s)

assuré social PULERI MALVINA

n° de Sécurité Sociale 2 00 06 21 231 503 47

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphone

Caisse d'assurance maladie de Saône-et-Loire  
71022 MACON CEDEX 9

SERVICE COURRIER LE  
- 6 JUIN 2024

MME. PULERI MALVINA  
11 CHE DES SABLONS  
71700 LACROST

Voici le détail des versements vous concernant pour la journée du 22/05/2024

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

## pour information

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour MALVINA né(e) le 18/06/2000 maladie réf 7110 2414260003951				
29/04/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0) franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>	12,60	12,60	60 %	7,56 -1,00
29/04/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
29/04/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00
30/04/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0) franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>	12,60	12,60	60 %	7,56 -1,00
30/04/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
30/04/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00
01/05/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0) franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>	21,10	12,60	60 %	7,56 -1,00
01/05/2024	MAJO.FERIE AMI (NA)		8,50	60 %	5,10
01/05/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
01/05/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00
02/05/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0) franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>	12,60	12,60	60 %	7,56 -1,00
02/05/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
02/05/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00
03/05/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0) franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>	12,60	12,60	60 %	7,56 -1,00
03/05/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
03/05/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00
04/05/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0) franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>	12,60	12,60	60 %	7,56 -1,00
	maladie réf 7110 2414260003951				
04/05/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
04/05/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00
05/05/2024	SOINS INFIRMIERS (AMI 4.0) franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>	21,10	12,60	60 %	7,56 -1,00

(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

assuré social PULERI MALVINA

n° de Sécurité Sociale 2 00 06 21 231 503 47

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphone

SERVICE COURRIER LE  
- 6 JUIN 2024

Caisse d'assurance maladie de Saône-et-Loire  
71022 MACON CEDEX 9

MME. PULERI MALVINA  
11 CHE DES SABLONS  
71700 LACROST

Voici le détail des versements vous concernant pour la journée du 22/05/2024

**pour information**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
05/05/2024	MAJO.FERIE AMI (NA)		8,50	60 %	5,10
05/05/2024	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,75	2,75	60 %	1,65
05/05/2024	MAJO COORD INFI (MCI)	5,00	5,00	60 %	3,00

réglé le 22/05/2024 au destinataire PORRA THIERRY : 95,67 euro(s)

# Copie de la feuille de soins n°000028067 du 12/05/2024

## Identification du professionnel de santé

Monsieur PORRA Thierry

24 - Infirmier(e)

maison medicale - rue de la manu

71700 TOURNUS

N° 71 6 05837 5

00 01 20 02 24

1 - Conventionné

20 - ZONE B - Autres départements et localités

1 - Indemnités kilométriques pleine

## Organisme d'assurance maladie complé.

Numéro :

Nom :

Aiguillage STS :

Code routage :

identification hôte :

Nom de domaine :

Indicateur de traitement :

Type de convention :

Critère adhérent/assuré :

NIR individuel :

Id assuré AMC:

SERVICE COURRIER LE  
- 6 JUIN 2024

## Organisme d'assurance maladie obligatoire

Numéro : 01 711 7050

CPAM : CPAM MACON

Code couverture : 00100

Tiers-payant pratiqué sur la part obligatoire

## Renseignements concernant l'assuré

N° d'immatriculation 2 00 06 21 231 503 47

Nom : PULERI Malvina

## Renseignements concernant le bénéficiaire

Nom PULERI Malvina

Date de naissance 18/06/2000

Prescription du : 21/04/2024

Prescripteur : FAVOULET Patrick

N° 21 0 98765 7

Spécialité : 1

Nature d'assurance : Maladie

Pas d'exonération

Accident du :

Date	Cotation	Qualificatif	Montant	Indemnités de déplacement		
				Forfaitaire	Km	IK
29/04/2024	AMI 4 + MCI		17,60	2,75		
30/04/2024	AMI 4 + MCI		17,60	2,75		
01/05/2024	AMI 4 + MCI + F		26,10	2,75		
02/05/2024	AMI 4 + MCI		17,60	2,75		
03/05/2024	AMI 4 + MCI		17,60	2,75		
04/05/2024	AMI 4 + MCI		17,60	2,75		
05/05/2024	AMI 4 + MCI + F		26,10	2,75		

Cette copie de feuille de soins ne permet pas d'obtenir un remboursement par l'organisme d'assurance maladie obligatoire

Total de la feuille de soins	Honoraires	Indemnités de déplacement	
		Forfaitaires	Kilométriques
159,45	140,20	19,25	

Part assuré : 63,78	Part AMO : 95,67	Part AMC :
---------------------	------------------	------------

# Copie de la feuille de soins n°000028069 du 19/05/2024

## Identification du professionnel de santé

Monsieur PORRA Thierry

24 - Infirmier(e)

maison medicale - rue de la manu

71700 TOURNUS

N° 71 6 05837 5

00 01 20 02 24

1 - Conventionné

20 - ZONE B - Autres départements et localités

1 - Indemnités kilométriques plaine

## Organisme d'assurance maladie complé.

Numéro :

Nom :

Aiguillage STS :

Code routage :

identification hôte :

Nom de domaine :

Indicateur de traitement :

Type de convention :

Critère adhérent/assuré :

NIR individuel :

Id assuré AMC:

SERVICE COURRIER LE  
- 6 JUIN 2024

## Organisme d'assurance maladie obligatoire

Numéro : 01 711 7050

CPAM : CPAM MACON

Code couverture : 00100

Tiers-payant pratiqué sur la part obligatoire

## Renseignements concernant l'assuré

N° d'immatriculation 2 00 06 21 231 503 47

Nom : PULERI Malvina

## Renseignements concernant le bénéficiaire

Nom PULERI Malvina

Date de naissance 18/06/2000

Prescription du : 21/04/2024

Prescripteur : FAVOULET Patrick

N° 21 0 98765 7

Spécialité : 1

Nature d'assurance : Maladie

Pas d'exonération

Accident du :

Date	Cotation	Qualificatif	Montant	Indemnités de déplacement		
				Forfaitaire	Km	IK
13/05/2024	AMI 4 + MCI		17,60	2,75	02	0,70
14/05/2024	AMI 4 + MCI		17,60	2,75	02	0,70
15/05/2024	AMI 4 + MCI		17,60	2,75	02	0,70
16/05/2024	AMI 4 + MCI		17,60	2,75	02	0,70
17/05/2024	AMI 4 + MCI		17,60	2,75	02	0,70
18/05/2024	AMI 4 + MCI		17,60	2,75	02	0,70
19/05/2024	AMI 4 + MCI + F		26,10	2,75	02	0,70

Cette copie de feuille de soins ne permet pas d'obtenir un remboursement par l'organisme d'assurance maladie obligatoire

Total de la feuille de soins	Honoraires	Indemnités de déplacement	
		Forfaitaires	Kilométriques
155,85	131,70	19,25	4,90
Part assuré : 60,38	Part AMO : 95,47	Part AMC :	



NUMERO FACTURE : 006002776

date 26 05 2024

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

## PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la zone "nom et prénom" est obligatoirement remplie par l'auxiliaire médical(e))

nom et prénom PULERI MALVINA  
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation 2 00 06 21 231 503

date de naissance 18 06 2000

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom  
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

## ADRESSE DE L'ASSURE(E)

11 chemin des Sallans - 71700 LACROIX

## IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)

## MADAME BECOULET MELANIE

24 INFIRMIER(E)

CONVENTIONNE

## AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

21 0 98765 7

49

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

nom et prénom

raison sociale

21 04 2024

identifiant

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

XX

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

prestation ou traitement prescrit le

accord préalable du

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 "A")  
et les recommandations importantes)

soins en rapport avec le protocole ALD XX action de prévention autre

accident causé par un tiers : non oui date

## MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

## AT/MP

numéro

ou

date

## ACTES EFFECTUES

dates des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires ①	dépass.	frais de déplacement			DD
					IF ②	IK nbre	montant ③	
06 05 2024		AMI 4						
07 05 2024		AMI 4	12,60		2,75	2	0,70	
08 05 2024		AMI 4 F	12,60		2,75	2	0,70	
09 05 2024		AMI 4 F	21,10		2,75	2	0,70	
10 05 2024		AMI 4	21,10		2,75	2	0,70	
11 05 2024		AMI 4	12,60		2,75	2	0,70	
12 05 2024		AMI 4	12,60		2,75	2	0,70	
20 05 2024		AMI 4 F	21,10		2,75	2	0,70	
21 05 2024		AMI 4 F	21,10		2,75	2	0,70	
22 05 2024		AMI 4	12,60		2,75	2	0,70	
23 05 2024		AMI 4	12,60		2,75	2	0,70	
24 05 2024		AMI 4	12,60		2,75	2	0,70	
PAIEMENT			12,60		2,75	2	0,70	

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

XX

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

226,60

signature de l'auxiliaire  
médical(e) ayant effectué  
l'acte ou les actessignature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

FEUILLE 1/2

En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

La falsification ou l'usage frauduleux de cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinés à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.

La falsification ou l'usage frauduleux de cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinés à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.





## PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la zone "nom et prénom" est obligatoirement remplie par l'auxiliaire médical(e))

TOTAL GENERAL : 104,80

nom et prénom  
(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

PULERI MALVINA

numéro d'immatriculation

2 00 06 21 231 503

date de naissance

18 06 2000

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse)

numéro d'immatriculation

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

11 chemin des Sallons - 71700 LACROST

## IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

MADAME BECOULET MELANIE

24 INFIRMIER(E)

MAISON DE SANTE TOURNUGEOISE  
RUE DE LA MANUMembre d'une association  
de gestion agréée

Paiement par chèque n° 30283 3 00 1 20 1 24

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

CONVENTIONNE

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

21 0 98765 7

49

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

FAVOULET

21 04 2024

nom et prénom

raison sociale

identifiant

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

XX

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

prestation ou traitement prescrit le

accord préalable du

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

soins en rapport avec le protocole ALD

XX

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP

numéro

ou

date

## ACTES EFFECTUES

dates des actes	codes des actes	tarification	montant des honoraires ①	dépass.	frais de déplacement			DD
					I.F. ②	I.K. nbre	montant ③	
23 04 2024		AMI 4						
24 04 2024		AMI 4	12,60		2,75	2	0,70	
25 04 2024		AMI 4	12,60		2,75	2	0,70	
26 04 2024		AMI 4	12,60		2,75	2	0,70	
27 04 2024		AMI 4	12,60		2,75	2	0,70	
28 04 2024		AMI 4	12,60		2,75	2	0,70	
		AMI 4 F	21,10		2,75	2	0,70	

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros (1+2+3)

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

XX

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

104,80

signature de l'auxiliaire  
médical(e) ayant effectué  
l'acte ou les actessignature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

**DESTINATAIRE**

MMC Mutuelle

Identité (Prénom et NOM) ou raison sociale

6 Rue Paul Morel

Adresse

70000 VESOUL

Code postal

Commune

Présenté / Avisé le : / /

Distribué le : / /

Je soussigné(e) déclare être

☐ Le destinataire☐ Le mandataire☐ CNI / permis de conduire☐ Autre : .....

Signature

Préciser Prénom et NOM

à l'adresse postale

Signature fictive\*

21190

MEURSAULT BP

DEPOT : 11H17

Prix :

CRBT :

LE 04/06/24

8,27EUR

**R1**

Niveau de garantie (valeur au dos) :

R1 ☒R2 ☐R3 ☐

\* Le facteur atteste par sa signature que l'identité du destinataire ou de son mandataire a été vérifiée précédemment.

**RECOMMANDÉ AVEC AVIS DE RÉCEPTION**

Numéro de l'envoi : 1A 212 389 5836 9



Réf. client

**EXPÉDITEUR**~~PULERI MALVINA~~

Identité (Prénom et NOM) ou raison sociale

~~N°: 11 Chemin des Sablons~~

Libellé de la voie

~~71.700~~

Code postal

~~LACROST~~

Commune



Utilisez uniquement un STYLO À BILLE en appuyant fortement.

Pensez également à la **Lettre recommandée en ligne**  
Consultez [www.laposte.fr](http://www.laposte.fr)LE TRI  
+ FACILE

PAPIER



Cadres réservés à La Poste

SGR2 V31 MSR 10 19-184527 11-23

**EXPÉDITEUR****PREUVE DE DISTRIBUTION**



RECOMMANDÉ

AVEC AVIS DE RÉCEPTION

n° de l'envoi : 1A 212 389 5836 9



M M C Mutuelle  
6 Rue Paul MOREL  
70000 VESOUL