

FACTURE

TRANSPORT(S) PAR

- AMBULANCE AGREEE
(2 accompagnateurs, transport allongé, ou assis par nécessité médicale)
- VEHICULE SANITAIRE LEGER
(transport assis avec possibilité d'assistance)

ASSURANCE MALADIE

Numéro de Facture

002959927

Date

07/06/2023

TELETRANSMISSION

Volet destiné à l'organisme de paiement

N° AMC : 70000854

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION 1 53 05 79 191 033 13
NOM PATRONYMIQUE M. ALBERT
NOM D'USAGE (nom de naissance) (familial : nom d'époux(se), veuf(ve), divorcé(e) ou autre parent)
PRENOMS LIONEL
ADRESSE 160 chemin de buette aux rigonneries
85270 SAINT HILAIRE DE RIEZ

ORGANISME AFFILIATION 018517171
NOM et ADRESSE CPAM LA ROCHE / YON
ORGANISME DE PAIEMENT Rue Alain

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

85031 LA ROCHE SUR YON

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTEE (1)

S'agit-il d'un ACCIDENT? Oui DATE : ___/___/___ Non - DROITS Jusqu'au 31/12/2023 TAUX DE PRISE EN CHARGE 65,00

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e)

NOM PATRONYMIQUE

PRENOMS

LIEN AVEC L'ASSURE(E) Conjoint Enfant Personne vivant maritalement avec l'assuré(e) Autre membre de la famille

DATE DE NAISSANCE 07/05/1953

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) TRANSPORT(S)

HOSPITALISATION : Joindre un certificat d'admission

VEHICULE SANITAIRE LEGER : en cas de transport unique seulement, indiquer le nombre de malade(s) transporté(s)

SERIE, joindre obligatoirement la (les) annexe(s) à la facture S3602 ACCORD PREALABLE JOINT

LONGUE DISTANCE ACCORD PREALABLE DEJA TRANSMIS (série uniquement)

NON REPONSE A ACCORD PREALABLE demandé le ___/___/___

NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale)

FINESS : 851708578

DATES : (1er) transport effectué le 06/06/2023

Dernier transport effectué le 06/06/2023

HORAIRE ALLER départ : heure : lieu :
ne pas remplir si annexes jointes arrivée : _____

Voir Annexes

RETOUR départ : heure : lieu :
arrivée : _____

DENOMINATION DE L'ENTREPRISE

HARMONIE AMBULANCE

1 Ave DES HAUTS DE LA CHAUME

86280 SAINT BENOIT

AGREMENT 086-259 du 01/01/2017

Numéro d'identification 852502236

En cas de transport unique seulement

Titulaire du Certificat de capacité ou conducteur VSL

Titulaire du Certificat de capacité ou conducteur VSL

Voir Annexes

Voir Annexes

Nom du second membre

Nom du second membre

Numéro minéralogique Véhicule

Numéro minéralogique Véhicule

MODALITES DE REGLEMENT

à signer dans tous les cas par le transporteur

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS PAIEMENT DIRECT

Totale Partielle

Signature

paiement de la prestation en euros

Fait à SAINT GILLES CROIX DE VI
Le 07/06/2023

Cette signature vaut acquit des sommes éventuellement payées par l'assuré(e)

ATTESTATION DE L'ASSURE(E)

à ne compléter qu'en cas de transport unique

SUBROGATION : L'ASSURE(E) AUTORISE LE VERSEMENT DIRECT AU TRANSPORTEUR DU MONTANT REMBOURSABLE DU TRANSPORT DESIGNÉ CI-DESSUS. Il s'engage s'il y a lieu, 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.

ATTESTATION : L'ASSURE(E) ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE DE LA REALITE ET DES CONDITIONS DU TRANSPORT DETAILLE CI-DESSUS.

Fait à SAINT GILLES CROIX DE VI
Le 07/06/2023

(1) Se reporter à la CARTE D'ASSURANCE MALADIE

La Loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de Fraudes ou de fausses déclarations.
(Article L.377-1 du Code de la Sécurité Sociale, L.441.1 Du Code Pénal)

Joindre OBLIGATOIREEMENT LA PRESCRIPTION MEDICALE, quel que soit le motif du transport

02-03 CPAM S 3601.b

FACTURATION			
■ FORFAIT(S)	<input checked="" type="checkbox"/> Département	<input type="checkbox"/> Agglomération	Quantité 2 Prix Unitaire 11,97 Montants 23,94
majoration(s)	dimanche / férié nuit		
■ TARIF(S) KILOMETRIQUES :	normal Au delà de 34Kms minoré AU DELA DE 34 KM	63	1,02 64,26
	. majoration dimanche / férié . majoration de nuit	normal minoré	
■ AUTRE(S) SUPPLEMENT(S)	enfant prématuré	Centre 15, SAMU n° d'appel	
autre à préciser :			
TOTAL (1)			88,20
■ ABATTEMENT (transports simultanés)		% de (1) -	
■ PEAGE(S) nombre		+	
(Attention : en cas de transports simultanés, le montant des péages doit être divisé par le nombre de malades transportés)			
BASE DE REMBOURSEMENT			88,20
Part de l'organisme	65,00 % de (2)	57,33	
Part de l'assuré(e)	35,00 % de (2)	30,87	(3)
Supplément(s) non remboursables, à détailler			(4)
SOMME PAYEE PAR L'ASSURE(E) : (3) + (4)			88,20 E
MONTANT TOTAL FACTURE : (2) + (4)			88,20 E

FACTURE

TRANSPORT(S) PAR

**AMBULANCE AGREEE**

(2 accompagnateurs, transport allongé, ou assis par nécessité médicale)

**VEHICULE SANITAIRE LEGER**

(transport assis avec possibilité d'assistance)

ASSURANCE MALADIE

Numéro de Facture

002965650

Date

12/06/2023

N° AMC : 70000854

TELETRANSMISSION

Volet destiné à l'organisme de paiement

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION	2 95 10 44 162 243	75	ORGANISME AFFILIATION	014411102	SERVICE COURRIER LE
NOM PATRONYMIQUE (nom de naissance) NOM D'USAGE (Facultatif : nom d'époux(se), veufve, divorcé(e) ou autre parent)	Mme SAGOT GUCCIARDI		NOM et ADRESSE	CPAM NANTES	9 RUE GAETAN RONDEAU
PRENOMS	JULIE		ORGANISME DE PAIEMENT		17 JUIL. 2023
ADRESSE	30 RUE ANITA CONTI 44300 NANTES				
				44958 NANTES CEDEX 9	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTEE (1)S'agit-il d'un ACCIDENT? Oui DATE : ___/___/___ Non - DROITS Jusqu'au 31/12/2023 TAUX DE PRISE EN CHARGE 65,00

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e)

NOM PATRONYMIQUE
PRENOMSLIEN AVEC L'ASSURE(E) Conjoint Enfant Personne vivant maritalement avec l'assuré(e) Autre membre de la famille**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) TRANSPORT(S)**

<input checked="" type="checkbox"/> HOSPITALISATION : Joindre un certificat d'admission	
<input type="checkbox"/> VEHICULE SANITAIRE LEGER : en cas de transport unique seulement, indiquer le nombre de malade(s) transporté(s)	
Preciser s'il y a lieu	<input type="checkbox"/> SERIE, joindre obligatoirement la (les) annexe(s) à la facture S3602
	<input type="checkbox"/> LONGUE DISTANCE

 ACCORD PREALABLE JOINT ACCORD PREALABLE DEJA TRANSMIS (série uniquement) NON REPONSE A ACCORD PREALABLE demandé le ___/___/___

NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale) FINESS : 440000271

DATES : (1er) transport effectué le	03/06/2023	Dernier transport effectué le	___/___/___
heure		heure	
HORAIRES ALLER départ	15:38	RETOUR départ	:
ne pas remplir si annexes jointes	arrivée	arrivée	:

DENOMINATION DE L'ENTREPRISE**HARMONIE AMBULANCE**

1 Ave DES HAUTS DE LA CHAUME

86280 SAINT BENOIT

AGREEMENT 086-259 du 07/06/1977

Numéro d'identification 442577094

En cas de transport unique seulement

Titulaire du Certificat de capacité ou conducteur VSL

Titulaire du Certificat de capacité ou conducteur VSL

PAYET SORAYA

Nom du second membre

Nom du second membre

REMIA XAVIER

Numéro minéralogique Véhicule

Numéro minéralogique Véhicule

FV-749-XB

MODALITES DE REGLEMENT

à signer dans tous les cas par le transporteur

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS PAIEMENT DIRECT

 Totale PartielleSignature


paiement de la prestation en euros

Fait à ORVAULT

Le 12/06/2023

Cette signature vaut acquit des sommes éventuellement payées par l'assuré(e)

ATTESTATION DE L'ASSURE(E)

à ne compléter qu'en cas de transport unique

 SUBROGATION : L'ASSURE(E) AUTORISE LE VERSEMENT DIRECT AU TRANSPORTEUR DU MONTANT REMBOURSABLE DU TRANSPORT DESIGNÉ CI-DESSUS. Il s'engage s'il y a lieu, 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. ATTESTATION : L'ASSURE(E) ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE DE LA REALITE ET DES CONDITIONS DU TRANSPORT DETAILLE CI-DESSUS.

Fait à ORVAULT

Le 12/06/2023

Impossibilité physique ou mentale de signer

03/06/2023 18:59

		Facturation	Quantité	Prix Unitaire	Montants
<input checked="" type="checkbox"/> FORFAIT(S)	<input type="checkbox"/> Département	<input checked="" type="checkbox"/> Agglomération	1	58,12	58,12
majoration(s)	dimanche / férié		1	29,06	29,06
	nuit				
<input checked="" type="checkbox"/> TARIF(S) KILOMETRIQUES :					
normal	Au delà de 31Kms		3	2,32	6,96
minoré	AU-DELÀ DE KM				
majoration dimanche / férié	normal		3	1,16	3,48
majoration de nuit	minoré				
<input checked="" type="checkbox"/> AUTRE(S) SUPPLEMENT(S)					
<input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> Centre 15, SAMU				
<input type="checkbox"/> prématuré	<input type="checkbox"/> n° d'appel				
autre à préciser :					

TOTAL (1) 97,62

Majoration pour courte distance 9,33

 ABATTEMENT (transports simultanés) % de (1) - PEAGE(S) nombre +

(Attention : en cas de transports simultanés, le montant des péages doit être divisé par le nombre de malades transportés)

 BASE DE REMBOURSEMENT (2) 106,95

Part de l'organisme 65,00 % de (2) 69,52

Part de l'assuré(e) 35,00 % de (2) 37,43 (3)

Supplément(s) non remboursables, à détailler (4)

 SOMME PAYEE PAR L'ASSURE(E) : (3) + (4) MONTANT TOTAL FACTURE : (2) + (4)

106,95 E

Joindre OBLIGATOIREEMENT LA PRESCRIPTION MEDICALE, quel que soit le motif du transport

02-03 CPAM S 3601.b

(1) Se reporter à la CARTE D'ASSURANCE MALADIE

La Loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de Fraudes ou de fausses déclarations.

(Article L.377-1 du Code de la Sécurité Sociale, L.441.1 Du Code Pénal)

FACTURE

TRANSPORT(S) PAR

- AMBULANCE AGREEE
(2 accompagnateurs, transport allongé, ou assis par nécessité médicale)
- VEHICULE SANITAIRE LEGER
(transport assis avec possibilité d'assistance)

ASSURANCE MALADIE

Numéro de Facture

002975876

Date

19/06/2023

N° AMC : 70000854

TELETRANSMISSION

Volet destiné à l'organisme de paiement

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)

NUMERO D'IMMATRICULATION	1 43 11 44 051 069	82	ORGANISME AFFILIATION	014411102	SERVICE COURRIER LE
NOM PATRONYMIQUE	ROULLAUD		NOM et ADRESSE	CPAM NANTES	17 JUIL. 2023
NOM D'USAGE (nom de naissance, veuf(e), divorcé(e) ou autre parent)			ORGANISME DE PAIEMENT	9 RUE GAETAN RONDEAU	
PRENOMS	ALPHONSE				
ADRESSE	46 RUE DE LA MONTAGNE				
	44100 NANTES			44958 NANTES CEDEX 9	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTEE (1)

S'agit-il d'un ACCIDENT? Oui DATE : ___/___/___ Non - DROITS Jusqu'au 31/12/2023 TAUX DE PRISE EN CHARGE 65,00
Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e)

NOM PATRONYMIQUE
PRENOMS

LIEN AVEC L'ASSURE(E) Conjoint Enfant Personne vivant maritalement avec l'assuré(e) Autre membre de la famille

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) TRANSPORT(S)

Préciser s'il y a lieu	<input checked="" type="checkbox"/> HOSPITALISATION : Joindre un certificat d'admission	
	<input checked="" type="checkbox"/> VEHICULE SANITAIRE LEGER : en cas de transport unique seulement, indiquer le nombre de malade(s) transporté(s)	
	<input type="checkbox"/> SERIE, joindre obligatoirement la (les) annexe(s) à la facture S3602	<input type="checkbox"/> ACCORD PREALABLE JOINT
	<input type="checkbox"/> LONGUE DISTANCE	<input type="checkbox"/> ACCORD PREALABLE DEJA TRANSMIS (série uniquement)
	<input type="checkbox"/> NON REPONSE A ACCORD PREALABLE demandé le ___/___/___	

NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale) FINESS : 440044519

DATES : (1er) transport effectué le 15/06/2023

Dernier transport effectué le ___/___/___

HORAIRES ALLER départ 10:42 LNA SANTE
ne pas remplir si annexes jointes arrivée 10:54 DOMICILE

RETOUR départ :
arrivée : heure lieu

DENOMINATION DE L'ENTREPRISE

HARMONIE AMBULANCE

1 Ave DES HAUTS DE LA CHAUME

86280 SAINT BENOIT

AGREMENT 086-259 du 07/06/1977

Numéro d'identification 442577094

En cas de transport unique seulement

Titulaire du Certificat de capacité ou conducteur VSL Titulaire du Certificat de capacité ou conducteur VSL

CHERKIT KARINE

Nom du second membre

Nom du second membre

Numéro minéralogique Véhicule

GG-011-TL

MODALITES DE REGLEMENT

à signer dans tous les cas par le transporteur

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS PAIEMENT DIRECT

Totale Partielle

Signature

paiement de la prestation en euros

Fait à ORVAULT
Le 19/06/2023

Cette signature vaut acquit des sommes éventuellement payées par l'assuré(e)

ATTESTATION DE L'ASSURE(E)

à ne compléter qu'en cas de transport unique

SUBROGATION : L'ASSURE(E) AUTORISE LE VERSEMENT DIRECT AU TRANSPORTEUR DU MONTANT REMBOURSABLE DU TRANSPORT DESIGNÉ CI-DESSUS. Il s'engage s'il y a lieu, 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.

ATTESTATION : L'ASSURE(E) ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE DE LA REALITE ET DES CONDITIONS DU TRANSPORT DETAILLE CI-DESSUS.

Fait à ORVAULT
Le 19/06/2023

Impossibilité physique ou mentale de signer
15/06/2023 10:56

FACTURATION

<input checked="" type="checkbox"/> FORFAIT(S)	<input checked="" type="checkbox"/> Département	<input type="checkbox"/> Agglomération	Quantité 1	Prix Unitaire 13,45	Montants 13,45
--	---	--	------------	---------------------	----------------

majoration(s) dimanche / férié

nuit

TARIF(S) KILOMETRIQUES :

. normal AU DELA DE KM

. minoré AU DELA DE KM

. majoration dimanche / férié . normal

. majoration nuit . minoré

. majoration d'heure . normal

. majoration d'heure . minoré

AUTRE(S) SUPPLEMENT(S)

enfant Centre 15, SAMU

prématuré n° d'appel

autre à préciser :

TOTAL (1) 13,45
Majoration pour courte distance 6,57

ABATTEMENT (transports simultanés)

% de (1) -

PEAGE(S) nombre

(Attention : en cas de transports simultanés, le montant des péages doit être divisé par le nombre de malades transportés)

BASE DE REMBOURSEMENT

Part de l'organisme 65,00 % de (2) 13,01

Part de l'assuré(e) 35,00 % de (2) 7,01 (3)

Supplément(s) non remboursables, à détailler (4)

(2) 20,02

SOMME PAYEE PAR L'ASSURE(E) : (3) + (4)

MONTANT TOTAL FACTURE : (2) + (4)

20.02 E

(1) Se reporter à la CARTE D'ASSURANCE MALADIE

Joindre OBLIGATOIREEMENT LA PRESCRIPTION MEDICALE, quel que soit le motif du transport

La Loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de Fraudes ou de fausses déclarations.

02-03 CPAM S 3601.b

(Article L.377-1 du Code de la Sécurité Sociale, L.441.1 Du Code Pénal)

FACTURE

TRANSPORT(S) PAR

AMBULANCE AGREEE

(2 accompagnateurs, transport allongé, ou assis par nécessité médicale)

VEHICULE SANITAIRE LEGER

(transport assis avec possibilité d'assistance)

ASSURANCE MALADIE

Numéro de Facture

002984125

Date

23/06/2023

N° AMC : 70000854

TELETRANSMISSION

Volet destiné à l'organisme de paiement

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) (1)			
NUMERO D'IMMATRICULATION	2 95 10 44 162 243	75	ORGANISME AFFILIATION
NOM PATRONYMIQUE	Mme SAGOT GUCCIARDI		NOM et ADRESSE
(nom de naissance) NOM D'USAGE (Facultatif : nom d'époux(se), veuf(e), divorcé(e) ou autre parent)			CPAM NANTES
PRENOMS	JULIE		9 RUE GAETAN RONDEAU
ADRESSE	30 RUE ANITA CONTI		SERVICE COURRIER LE
	44300 NANTES		17 JUIL. 2023
			44958 NANTES CEDEX 9

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TRANSPORTEE (1)

S'agit-il d'un ACCIDENT? Oui DATE : ___/___/___ Non - DROITS Jusqu'au 31/12/2023 TAUX DE PRISE EN CHARGE 65,00

Si la personne transportée n'est pas l'assuré(e)

NOM PATRONYMIQUE

PRENOMS

LIEN AVEC L'ASSURE(E) Conjoint Enfant Personne vivant maritalement avec l'assuré(e) Autre membre de la famille

DATE DE NAISSANCE 06/10/1995

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) TRANSPORT(S)

- HOSPITALISATION : Joindre un certificat d'admission
 VEHICULE SANITAIRE LEGER : en cas de transport unique seulement, indiquer le nombre de malade(s) transporté(s)
 SERIE, joindre obligatoirement la (les) annexe(s) à la facture S3602
 LONGUE DISTANCE

ACCORD PREALABLE JOINT

ACCORD PREALABLE DEJA TRANSMIS (série uniquement)

NON REPONSE A ACCORD PREALABLE demandé le ___/___

NUMERO DU PRESCRIPTEUR (sur prescription médicale)

FINESS : 440003291

DATES : (1er) transport effectué le 21/06/2023

Dernier transport effectué le 21/06/2023

HORAIRES	ALLER	heure	lieu	RETOUR	heure	lieu
	départ	13:18	DOMICILE	départ	14:36	CHU DE NANTES SITE
ne pas remplir si annexes jointes	arrivée	13:44	CHU DE NANTES SITE	arrivée	14:54	DOMICILE

DENOMINATION DE L'ENTREPRISE

HARMONIE AMBULANCE

1 Ave DES HAUTS DE LA CHAUME

86280 SAINT BENOIT

AGREMENT 086-259 du 07/06/1977

Numéro d'identification 44 25 77 094

En cas de transport unique seulement

Titulaire du Certificat de capacité ou conducteur VSL Titulaire du Certificat de capacité ou conducteur VSL

MARCERE FREDERIC DE LONGUEVILLE BRUN

Nom du second membre Nom du second membre

EUSTACHE CATHERINE HARIT AADIL

Numéro minéralogique Véhicule Numéro minéralogique Véhicule

FZ-941-MM

FZ-038-AJ

MODALITES DE REGLEMENT

à signer dans tous les cas par le transporteur

DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS PAIEMENT DIRECT

Totale Partielle

Signature

paiement de la prestation en euros

Fait à ORVALT
Le 23/06/2023

Cette signature vaut acquit des sommes éventuellement payées par l'assuré(e)

ATTESTATION DE L'ASSURE(E)

à ne compléter qu'en cas de transport unique

SUBROGATION : L'ASSURE(E) AUTORISE LE VERSEMENT DIRECT AU TRANSPORTEUR DU MONTANT REMBOURSABLE DU TRANSPORT DESIGNÉ CI-DESSUS. Il s'engage s'il y a lieu, 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.

ATTESTATION : L'ASSURE(E) ou la personne transportée, ou son représentant, ATTESTE DE LA REALITE ET DES CONDITIONS DU TRANSPORT DETAILLE CI-DESSUS.

Fait à ORVALT
Le 23/06/2023

IMPS

REVERSEZ Votre facture

<input checked="" type="checkbox"/> FORFAIT(S)	<input type="checkbox"/> Département	<input checked="" type="checkbox"/> Agglomération	Quantité 2	Prix Unitaire 58,12	Montants 116,24
--	--------------------------------------	---	------------	---------------------	-----------------

majoration(s) dimanche / févrerie nuit

<input checked="" type="checkbox"/> TARIF(S) KILOMETRIQUES :	normal Au delà de 34 Kms	6	2,32	13,92
	minoré AU DELA DE KM			

. majoration dimanche / fevrerie	. normal
. majoration de nuit	. minoré

<input checked="" type="checkbox"/> AUTRE(S) SUPPLEMENT(S)	<input type="checkbox"/> enfant	<input type="checkbox"/> Centre 15, SAMU
	<input type="checkbox"/> prématuré	<input type="checkbox"/> n° d'appel

autre à préciser :

TOTAL (1) 130,16

Majoration pour courte distance

12,44

ABATTEMENT (transports simultanés)

% de (1) -

PEAGE(S) nombre

+

(Attention : en cas de transports simultanés, le montant des péages doit être divisé par le nombre de malades transportés)

BASE DE REMBOURSEMENT

(2) 142,60

Part de l'organisme 65,00 % de (2) 92,69

Part de l'assuré(e) 35,00 % de (2) 49,91 (3)

Supplément(s) non remboursables, à détailler (4)

SOMME PAYEE PAR L'ASSURE(E) : (3) + (4)

142,60 E

MONTANT TOTAL FACTURE : (2) + (4)

(1) Se reporter à la CARTE D'ASSURANCE MALADIE

Joindre OBLIGATOIREEMENT LA PRESCRIPTION MEDICALE, quel que soit le motif du transport

La Loi rend possible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de Fraudes ou de fausses déclarations.
(Article L.377-1 du Code de la Sécurité Sociale, L.441.1 Du Code Pénal)

CLINIQUE SAINT VINCENT
40 CHEMIN DES TILLEROYES
25044 BESANCON CEDEX
N° FINESS 250000270

SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023

A Besançon, le 10/07/2023

MMC VESOUL
6 RUE PAUL MOREL
70000 VESOUL

Objet : 1ER RAPPEL

Mesdames, Messieurs,

Sauf erreur de notre part, nous n'avons pas encore reçu à ce jour le règlement correspondant à la balance annexée à ce courrier.

Nous pensons qu'il s'agit d'un simple oubli et nous vous demandons de bien vouloir nous l'adresser dans les meilleurs délais ou nous faire connaître les raisons qui s'y opposent.

Vous en remerciant d'avance, nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos sentiments distingués.

Clinique St Vincent - Comptabilité clients

06.75.23.48.82
antoine.nicolas@cliniquestvincent.fr
du lundi au vendredi
08h30 - 12h30 / 13h15 - 16h15

Identification de l'organisme complémentaire MMC VESOUL								Code MMC70		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL							
Identification de l'établissement CLINIQUE SAINT VINCENT 40 CHEMIN DES TILLEROYES 25044 BESANCON CEDEX								Code catégorie 365		Clé de la facture N° de Lot N° de facture N° d'entrée N° PEC AMC		Référence à rappeler C 569 230970901 2309709 Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>					
Domiciliation bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30002 Guichet 02273								LCL Compte 0000459884P		Clé 50							
Le bénéficiaire des soins Nom de naissance et prénom(s) FOURNIER MARIE suivi s'il y a lieu du nom d'usage FOURNIER								Nom de naissance et prénom(s) FOURNIER MARIE suivi s'il y a lieu du nom d'usage FOURNIER									
N° immatriculation et clé 2011170311244 09 Code organisme de rattachement 01/701 N° centre gésenbnaire 1000 Entrée le 29/03/2023								N° immatriculation et clé 2011170311244 09 Date et rang de naissance 27/11/2001 1 Date de début hospitalisation 29/03/2023 Sortie le 29/03/2023		Adresse 2GRANDE RUE 25770 FRANOIS							
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins Maladie <input checked="" type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> AT/MP <input type="checkbox"/>								Exonération forfait journalier		Non <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Si oui, date 00/00/00 Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>			
Frais de structure et de soins																	
Transfert	Mode de traitement	DMS	DCS	Prestations	Période		Prix Unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée		
					Du	Au						Taux	Montant				
S			C	GHS	29/03/23	29/03/23	1215.22	1	1.00	1215.22	1215.22	100.00	1192.22	24.00	30.00		
S			C	PAS	29/03/23	29/03/23	24.00	1	1.00								
S			C	DIV	29/03/23	29/03/23	30.00	1	1.00	30.00							
								Sous-total 1 1246.22		1216.22		1192.22		24.00		30.00	
Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques																	
Transfert	Mode de traitement	DMS	DCS	Prestations	N° identification prescripteur	Date d'implantation	Prix unitaire / tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée			
											Taux	Montant					
								Sous-total 2 0.00		0.00		0.00		0.00		0.00	
								Sous-total 1 - 2 1246.22		1216.22		1192.22		24.00		30.00	

**SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023**

Feuillet 1 / 2

Transfert	Nbréro de case	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zone Tarif	Code covention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre dé	Libellé dateur	Prix unitaire	Elément de tarification	Modif. Code remb. excep.	Quantité ou Coefficient ou Durée	Coefficient ou Durée	Honoraires facturés	Dipuisement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assurée		
S	1			251037875	37	34	02	29/03/23		ATM		34.52			1.00		34.52		34.52	100.00	34.52				
S	2			251044178	49	34	02	29/03/23		ADC		287.85	J		1.00		306.56		306.56	100.00	306.56				
S	3			251852224	02	34	02	29/03/23		ADA		147.24			1.00		247.24	DA	147.24	100.00	147.24				100.00
								Sous-total 3 588.32		488.32		488.32		0.00		100.00									

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1				N° FINESS établissement 2			
MANDATAIRE(S) B° ST VINCENT HONO Centre CCP ou banque Compte				MANDATAIRE(S) B° Centre CCP ou banque Compte			
Guichet				Guichet			
Cle				Cle			
Montant facturé par le praticien.							
N°1 CLAIROTTE ANNE	N°2 DEMARET SEBASTIEN	N°3 BARBERET GUILLAUME	N°4	N°5	N°6	N°7	
ADELI 251037875 € 0.00	ADELI 251044178 € 0.00	ADELI 251852224 € 0.00	ADELI €	ADELI €	ADELI €	ADELI €	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)				1834.54 €			
				Rappel du numéro de facture 230970901			

L'émission du présent bordereau atteste du remboursement de l'ensemble de l'honorabilité des actes énumérés au titre de la présente facture.

B° : Banque

Feuillet 2 / 2

Identification de l'organisme complémentaire MMC VESOUL											Code MMC70		Adresse 6 RUE PAUL MOREL 70000 VESOUL						
Identification de l'établissement CLINIQUE SAINT VINCENT 40 CHEMIN DES TILLEROYES 25046 BESANCON CEDEX											Code catégorie 365		Clé de la facture N° de Lot N° de facture N° d'entrée N° PEC AMC			Référence à rappeler C 908 231034001 2310340		Signature de l'assuré(e)	
Domicile bancaire de l'établissement Centre CCP ou banque 30002 Guichet 02273											LCL Compte 0000459884P		Clé 50					Absence de signature <input checked="" type="checkbox"/>	
Le bénéficiaire des soins Nom de naissance et prénom(s) ESTEVAM EMMANUEL suivi s'il y a lieu du nom d'usage ESTEVAM											A l'assuré(e) titulaire du contrat AMC Nom de naissance et prénom(s) ESTEVAM EMMANUEL suivi s'il y a lieu du nom d'usage ESTEVAM								
N° immatriculation et clé 1541270550055 03 Code organisme de rattachement 01/701 Date et rang de naissance 15/12/1954 1 N° centre gestionnaire 1000 Date de début hospitalisation 05/04/2023 Entrée le 05/04/2023 Sortie le 05/04/2023											N° immatriculation et clé 1541270550055 03 Adresse 22 ROUTE DE MELINCOURT 70800 JASNEY						N° de contrat / adhérent(e) mentionné sur l'EP ou la carte		
Conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins Maladie <input checked="" type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Accident causé par un tiers ATMP <input type="checkbox"/> Exonération forfait journalier <input type="checkbox"/>														Non <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Si oui, date 00/00/00 Régime Alsace Moselle <input type="checkbox"/>			
Frais de structure et de soins																			
Transfert	Mode de traitement	DMF	DCS	Prestations	Période		Prix Unitaire	Quantité	Coefficient	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)				
					Du	Au						Taux	Montant						
S		C	GHS		05/04/23	05/04/23	809.45	1	1.00	809.45	809.45	100.00	785.45	24.00	30.00				
S		C	PAS		05/04/23	05/04/23	24.00	1	1.00										
S		C	DIV		05/04/23	05/04/23	30.00	1	1.00	30.00									
Sous-total 1 839.45											809.45	785.45	24.00	30.00					
Produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques																			
Transfert	Mode de traitement	DMF	DCS	Prestations	N° identification prescripteur	Date d'implantation	Prix unitaire / tarif de référence	Quantité	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)					
											Taux	Montant							
Sous-total 2 0.00											0.00	0.00	0.00	0.00					
Sous-total 1 + 2 839.45											809.45	785.45	24.00	30.00					

SERVICE COLIDIABLE
17 JUIL. 2023

Feuillet 1 / 2

Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire																			
Transfert	Numéro de date	N° d'identification prescripteur	Spécialité	N° d'identification de l'exécutant	Spécialité	Zancat	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation détaillée	Prix unitaire	Elément de tamponnage	Montant facturé	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
																Modif. Code catégor	Quantité		
S	1			251852125	02	34	02	05/04/23		ADA		111.00	1.00	201.00	DA	111.00	100.00	111.00	90.00
S	2			251853057	15	34	3	05/04/23		AOC		271.70	1.00	451.70	DA	271.70	100.00	271.70	180.00
Sous-total 3 652.70											382.70	382.70	0.00	270.00					

Transfert provisoire - N° FINESS établissement 1					N° FINESS établissement 2										
MANDATAIRE(S) B° ST VINCENT HONO					MANDATAIRE(S) B°										
Centre CCP ou banque					Centre CCP ou banque										
Compte					Compte										
Montant facturé par le praticien.															
N°1 BARRANDÉ YOANN		N°2 BIGAN GUILLAUME		N°3		N°4		N°5							
ADELI 251852125 € 0.00		ADELI 251853057 € 0.00		ADELI		ADELI		ADELI €							
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					1492.15 €										
Rappel du numéro de facture					231034001										

L'émission du présent document atteste du renseignement de celui-ci sur le fondement du volontariat de l'assuré(e).

Régime obligatoire

B° : Banque

Feuillet 2 / 2

SERVICE DE RADIOLOGIE
9 BIS RUE DE LA PIOT
42270 ST PRIEST EN JAREZ

Tel. 04.77.92.21.92 Finess 0771000
Fax 04.77.92.44.38
rdv@snrm.fr

SERVICE COURRIER LE
17 JUIL. 2023

Réf. : 70000854

Le 12 juil. 2023

PREVALOIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70000 VESOUL

Date	Libellé / Praticien	Lclé	Coef	Tarif	Base rbt	DH	QD	Mtt net	Tx	E	Créance	Réglé	Solde
	Dossier E2305106414 du 15/05/23 (N_IRMPARC) Dr ANNWEILER Thierry												
	Patient FERTIER OKSANA née le 14/12/1999 (1) (22014584)												
	Assuré FERTIER OKSANA (2 99 12 42 275 082 34)												
15/05/23	Facture 230507587 du 15/05/23 (Risque 10) (Exo 0) Lot 950												
14:02	PS Dr ANNWEILER Thierry, N° de facturation 42 1 80500 3												
15/05/23	ANNWEILER Thierry ADI 1 55.00 55.00 34,53 M 16,50 70										16,50		16,50
14:02	ANNWEILER Thierry ADI 1 0,75 0,75 0,47 M 0,22 70										0,22		0,22
	Total facture 230507587										16,72		16,72
	Dossier E2306149674 du 09/06/23 (N_IRMOSTEO) Dr COURT Luc												
	Patient BERNAUD CLAIRE née le 25/09/1974 (1) (21036379)												
	Assuré BERNAUD CLAIRE (2 74 09 43 137 021 50)												
09/06/23	Facture 230606141 du 09/06/23 (Risque 10) (Exo 0) Lot 61												
08:04	PS Dr COURT Luc, N° de facturation 42 1 80503 7												
09/06/23	COURT Luc ADI 1 55.00 55.00 34,53 M 16,50 70										16,50		16,50
08:04	COURT Luc ADI 1 0,75 0,75 0,47 M 0,22 70										0,22		0,22
	Total facture 230606141										16,72		16,72
	Reste à régler honoraires												33,44
	Reste à régler												33,44

SERVICE COURRIER LE

 ONE MANAGER	IRM DU PARC 70 RUE BERGSON - CENTRE DE RADIOLOGIE 42000 ST ETIENNE	17 JUIL. 2023	Tiers Payant AMO Tiers Payant AMC
---	--	---------------	--------------------------------------

1 Page

Copie de feuille de soins électronique

Edité le 12/07/2023

Cette copie n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'assurance maladie

FSE n° 230507587 du 15/05/2023, dossier n°E2305106414

Transmise le 16/05/2023 dans le lot 950

Mode FSE : sécurisé

Radiologue ANNWEILER Thierry, N° Facturation 421805003

Bénéficiaire		Assuré	
Nom	: FERTIER	N° Insee	: 2991242275082 34
Prénom	: OKSANA	AMO	: CPAM DE LA LOIRE
Né(e) le	: 14/12/1999		01 422 8494
Rang	: 1	Organisme	: 422
Qualité	: 00-Assuré	Centre informatique	: 16
Code	: 00100	AMC	: AMC
NIR Individuel	: 299124227508234		70000854

Nature d'assurance : Maladie

Indicateur parcours de soins : M

Top médecin traitant : O

Nom-Prénom médecin ayant orienté : SCALLIET Thomas

Option de coordination : Oui

Acte	Act.	Ph.	Mod.	ANP	Dépense	Prix Uni.	Coef.	Qte	Den.	Base remb.	Exo.	Taux	AMO	AMC
YYYY600	1	0			1.22	0.75	100	1	1	0.75		70	0.53	0.22
NZQN001	1	0			89.53	55	100	1	1	55		70	38.5	16.5

Récapitulatif

Part AMO	39,03
Part AMC	16,72
Part assuré	35,00
Montant total de l'examen	90,75

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

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

 ONE <small>MANAGER</small>	IRM OSTEO CHALET <small>70 RUE BERGSON - CENTRE DE RADIOLOGIE</small> SERVICE COURRIER LE 17 JUIL. 2023 <small>42000 ST ETIENNE</small>	Tiers Payant AMO Tiers Payant AMC
---	--	--

1 Page	Copie de feuille de soins électronique	Edité le 12/07/2023
--------	---	---------------------

Cette copie n'est pas une pièce justificative de remboursement vis-à-vis de l'assurance maladie

FSE n° 230606141 du 09/06/2023, dossier n°E2306149674

Transmise le 09/06/2023 dans le lot 61

Mode FSE : sécurisé

Radiologu COURT Luc, N° Facturation 421805037

Bénéficiaire		Assuré	
Nom	: BERNAUD	N° Insee	: 2740943137021 50
Prénom	: CLAIRE	AMO	: CPAM LE PUY
Né(e) le	: 25/09/1974		01 431 8954
Rang	: 1	Organisme	: 431
Qualité	: 00-Assuré	Centre informatique	: 16
Code	: 00100	AMC	: AMC
NIR Individuel	: 274094313702150		70000854

Nature d'assurance : Maladie
 Indicateur parcours de soins : M
 Top médecin traitant : O
 Nom-Prénom médecin ayant orienté : SCALLIET Thomas
 Option de coordination : Oui

Acte	Act.	Ph.	Mod.	ANP	Dépense	Prix Uni.	Coef.	Qte	Den.	Base remb.	Exo.	Taux	AMO	AMC
NZQN001	1	0			89.53	55	100	1	1	55		70	38.5	16.5
YYYY600	1	0			1.22	0.75	100	1	1	0.75		70	0.53	0.22

Récapitulatif	
Part AMO	39,03
Part AMC	16,72
Part assuré	35,00
Montant total de l'examen	90,75

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

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