



assuré social CAPON GERARD

n° de Sécurité Sociale 1 53 09 59 122 020 81

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

CPAM du HAINAUT 63, rue du Rempart - BP 60499
59321 VALENCIENNES CEDEX

M. CAPON GERARD
16 RUE MAURICE CAMIER
CIDEX 253
59268 CUVILLERS

Voici le détail des versements vous concernant pour un paiement du 06/04/2023

Ces informations n'ont pas été transmises à un organisme complémentaire. Si vous en avez un, pensez
à lui envoyer ce relevé et conserver une copie.

pour information

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour GERARD né(e) le 05/09/1953 maladie réf 9321 2309540013149				
04/04/2023	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT C GENERALISTE Sect1 (G + PC) participation forfaitaire à retenir (PFT)	25,00	25,00	100 %	25,00 -1,00
	réglé le 06/04/2023 au destinataire GRESOIU RODICA : 25,00 euro(s)				

SELARL INTERCARD - VILLENEUVE
D'ASCQ
HOPITAL PRIVE DE VILLENEUVE D'ASQ
20 AV. DE LA RECONNAISSANCE
59657VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX
Téléphone 1 : 03.20.99.40.29
Téléphone 2 :

SERVICE COURRIER LE

12 JUL. 2023

Quittance

Facture n°26337

Du 04/07/2023

Identification du PS :

MERYEM ELKOHEN EI - N° d'identification : 59187315 3

Bénéficiaire :

MARIA BOUTTEVILLE - Né(e) le : 11/02/1958 (rang gémellaire : 1)

N° IPP : 0202498

Adresse : RES LES CLAIRIERES 142 AV DE FLANDRE
59290 WASQUEHAL

Assuré :

MARIA BOUTTEVILLE - NIR : 2580299127119 91

Centre payeur :

Régime : 1 ; Caisse : 597 ; Centre : 8954 ; Destinataire : 597 ; Centre informatique : 0

Prestations :

Détails :

- 04/07/2023 ADE : 170.66 €
dont PAV : 24,00 €

Total des honoraires :	170.66 €
dont participation AMO :	146.66 €
dont participation AMC :	00.00 €

Payé par l'assuré :	24.00 €
----------------------------	----------------

- Le 04/07/2023, par CB de 24.00 €

Adhérent : K140844

Infirmier(e) :
Madame BRESLAUER ANNE-LAURE EI
(546203563)
Adresse : 77 RUE DE LIVERDUN
CP : 54460
Ville : AINGERAY
Tél (fixe) : 03.83.24.16.69
Tél (mobile) : 06.78.07.50.08

Patient(e) :
Nom : MICHEL
Prénom : JOEL
Date de naissance : 20/01/1972
N° secu (assuré) : 1 72 01 54 430 041 81
Adresse :
CP :
Ville :
Tél (fixe) :
Tél (mobile) :

Prescripteur :
CLINIQUE DE LA TRAUMA
ADELI N°540000163
Prescription du 01/03/2023
Adresse :
CP : 54000
Ville : NANCY
Tél (fixe) :
Tél (mobile) :

Détails des actes pour la facture n° 52006 du dimanche 09 juillet 2023							
N°	Date	Désignation	Honor. (€)	IFA + IK (€)	DE (€)	DD (€)	Total (€)
1	03/03/2023	1 AMI 2	6,30	4,60	0	0	10,90
2	05/03/2023	1 AMI 2 Majo : Férié	14,80	4,60	0	0	19,40
Totaux :			21,10	9,20	0,00	0,00	30,30

Récapitulatif de la facture : TP AMO

Total facturé : 30,30€

Part caisse : 19,86€

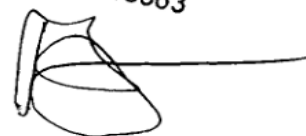
~~Part mutuelle : 8,00€~~

Part assuré : 10,44€

mutuelle

*En vous remerciant de
rembourser l'infirmière
BRESLAUER Anne-Laure.*

BRESLAUER Anne Laure
546203563



Numéro Sécurité Sociale : 172015443004181



Accédez à votre espace adhérent sur ma.mabimuseo.fr

13 JUL. 2023



N° 11390*04

joindre la prescription
(s'il n'y a pas eu demande
d'accord préalable)feuille de soins
auxiliaire médical(e)

numéro de facture (facultatif)

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

SERVICE COURRIER

13 JUL 2023

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
suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux ou d'épouse
numéro d'immatriculation

naissance

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

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

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)

MADAME BRESLAUER Anne-Laure

24 INFIRMIER(E)

CONVENTIONNEE

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

nom et

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

5 ROUTE DE NANCY
VELAINE EN HAYE

54840 BOIS DE HAYE

=> 54 6 20356 3 00 1 20 1 24 n°AM

niveau de coordination
niveau de santé

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

identifiant

fonction

la structure
adresse

CONDITIONS DE PRESCRIPTION CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS

prestation ou traitement prescrit le

MALADIE (si exonération du

soins en rapport avec le protocole

accident cause par un tiers non

MATERNITE

date pré-natal

ATMP

tutelle

accord préalable du

de la ligne suivante

exonération autre

date

grossesse ou date d'accouchement

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115
(cf la notice au verso § precede de **
et les recommandations importantes)

ACTES EFFECTUES

PAIEMENT

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

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

signature
médical(e)
l'act

BRESLAUER Anne Laure

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signerQuiconque se rend coupable de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
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.

quelques conseils pour remplir votre feuille de soins

Pour un
conventionnement
merci

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 auxiliaire médical(e), celui-ci (celle-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 auxiliaire médical(e), celui-ci (celle-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 auxiliaire médical(e), 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(elle) 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 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 votre **auxiliaire médical(e)** 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.

Infirmière

**CREDIT AGRICOLE
DE LORRAINE**

BRESLAUER Anne Laur

546203563

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE - IBAN

	Banque	Guichet	Numéro de compte	Clé
RIB FRANCE	16106	00638	96023177835	45
IBAN ETRANGER	FR76 1610 6006 3896 0231 7783 545			BIC AGRIFRPP861

Domiciliation	Nom et adresse du titulaire
AFF CENTRELORRAIN(00638)	MLE BRESLAUER ANNE-LAURE

Tél : 0383808979

77 RUE DE LIVERDUN

54460 AINGERAY

SERVICE CLIENTÈRE

13 JUL. 2023

INTERNET :
www.ca-lorraine.fr *

Caisse Régionale de Crédit Agricole Mutuel de Lorraine Société coopérative à capital variable. Etablissement de crédit. Société de courtage d'assurances
775 616 162 RCS METZ - Siège social : 56-58, avenue André Malraux 57000 METZ
Adresse postale : CS 71700 54017 NANCY Cédex - code APE 6419 Z
Immatriculée sous le n° 07 022 719 au Registre des Intermédiaires en Assurance
Tél : 03 29 77 66 11 - 03 83 93 66 11 - 03 87 37 66 11 selon votre lieu d'appel - Fax 03 83 93 62 90

* Frais de communication facturés par votre opérateur télécom

**CREDIT AGRICOLE
DE LORRAINE**

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE - IBAN

	Banque	Guichet	Numéro de compte	Clé
RIB FRANCE	16106	00638	96023177835	45
IBAN ETRANGER	FR76 1610 6006 3896 0231 7783 545			BIC AGRIFRPP861

Domiciliation	Nom et adresse du titulaire
AFF CENTRELORRAIN(00638)	MLE BRESLAUER ANNE-LAURE

Tél : 0383808979

77 RUE DE LIVERDUN

54460 AINGERAY

INTERNET :
www.ca-lorraine.fr *

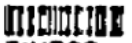

Caisse Régionale de Crédit Agricole Mutuel de Lorraine Société coopérative à capital variable. Etablissement de crédit. Société de courtage d'assurances
775 616 162 RCS METZ - Siège social : 56-58, avenue André Malraux 57000 METZ
Adresse postale : CS 71700 54017 NANCY Cédex - code APE 6419 Z
Immatriculée sous le n° 07 022 719 au Registre des Intermédiaires en Assurance
Tél : 03 29 77 66 11 - 03 83 93 66 11 - 03 87 37 66 11 selon votre lieu d'appel - Fax 03 83 93 62 90


* Frais de communication facturés par votre opérateur télécom



CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE
POLE LORRAIN DE CHIRURGIE DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR
Service de Chirurgie Orthopédique - Centre Chirurgical Emile Gallé

Identification du prescripteur
(Nom, prénom et identifiant)

Professeur François Sirveaux
Chef de Service
RPPS :
10002358074

FINESS :
54 000 016 3


Prescripteur : Docteur LEFEVRE MAXIME
RPPS :
10101451176


Identification du patient

Joel MICHEL
Né le : 20/01/1972 (51 ans)
Poids : - Taille :
Domicilié : 2 ALLEE DES PERVANES 13920 ST MITRE
LES REMPARTS FRANCE
Numéro Sécurité Sociale : 172015443004181

SERVICE COLLECTIF
13 JUL. 2023

Chirurgien Référent :

Nancy, le mercredi 1 mars 2023

Faire faire par une IDE à domicile

- Un pansement de plaie, 3 fois par semaine pendant 20 jours (jusqu'à cicatrisation complète)
- Fils résorbable

Dimanche et jour férié inclus.

Docteur LEFEVRE MAXIME


D^r M. LEFEVRE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
10101451176
C.H. St-Charles - 54201 TOUL Cedex
Code FINESS 540000049

1090
1,940
3030

3,78 AMO
+ 2,52 AMC
6,30

IF A 1,50
1K 2,10
AMO 8,88
AMC 5,52

19,86
10,44



N° 11390*04

joindre la prescription
s'il n'y a pas eu demande
d'accord préalable)feuille de soins
auxiliaire médical(e)

numéro de facture (facultatif)

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 15 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

SERVICE COORDONNÉ

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURE(E)

13 JUIN 2023

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

nom MICHEL Joël

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

numéro d'immatriculation 1720154430041 81

naissance 20011972

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

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par l'auxiliaire médical(e))

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

nom

ADRESSE DE L'ASSURE(E)

2 allée des Perwanches 13920 ST MITRE

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MEDICAL(E)

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

MADAME BRESLAUER Anne-Laure

24 INFIRMIER(E)

CONVENTIONNEE

5 ROUTE DE NANCY

VELAINE EN HAYE

54840 BOIS DE HAYE

AUXILIAIRE MEDICAL(E) REMPLACANT(E)

nom et prénom

=> 54 6 20356 3 00 1 20 1 24 n°AM

identifiant

dispositif de coord. nation.
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom CHRU NANCY

raison sociale

identifiant

540000 049

n° de la structure

AM FINESS & SIRET

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, cocher une case de la ligne suivante)

soins en rapport avec le protocole ALD

action de prévention

autre

accident cause par un tiers non ou date

MATERNITE

date prescrite de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP

numéro

ou

date

ACTES EFFECTUES

03032023 1 AMI 2

05032023 1 AMI 2 F

6,30

2,50

2,10

14,80

2,50

2,10

PAIEMENT

Part AMO: 19,86

10,90 + 19,40

30,30

Part AMC: 10€44

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

l'assuré(e)

p'ementaire

statut
médic
l'act.

BRESLAUER Anne Laure

signature de
l'assuré(e)

P.O. Michel

imposs. b. lité
co. par

546203563

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).
Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
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.

IMP COSTE 07200 AUBENAS UICANSS 02/2012

FSAM 01-2011 S 3129 e