

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 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.

SELARL CABINET D'OPHTALMOLOGIE DU DR
VI
Docteur VIOTTE ADRIEN
N° ADEL: 10100980712
N° Facturation: 701700494

Assuré: HACQUARD MONIQUE
NIR: 2 37 12 70 006 001 88
Bénéficiaire: HACQUARD MONIQUE

SERVICE COURRIER LE

Facture 000010789 du 03/07/2023

17 JUL. 2023

Date	Acte	Base de Remboursement	Justificatif_Exo	Part AMO	Part AMC	Part Patient	Total
20230703	ATM	47,88	100% Exo 4	47,88	0,00	6,15	54,03
20230703	ATM	14,15	100% Exo 4	14,15	0,00	1,82	15,97

Ordre de
4020332
Dispositif
Dr Viotte
Vesoul
Hacquard

Dr VIOTTE Adrien
Ophtalmologie Secteur 2
1 Rue des Haberges 70000 VESOUL
☎: 03.39.07.09.50
701700494
10100980712

Montant réglé par le patient

7,97 €

SELARL CABINET D'OPHTALMOLOGIE DU DR
VI
Docteur VIOTTE ADRIEN
N° ADELI: 10100980712
N° Facturation: 701700494

Assuré: HACQUARD MONIQUE
NIR: 2 37 12 70 006 001 88
Bénéficiaire: HACQUARD MONIQUE

Facture 000010951 du 06/07/2023

Date	Acte	Base de Remboursement	Justificatif_Exo	Part AMO	Part AMC	Part Patient	Total
20230706	ATM	83,60	100% Exo 4	83,6	0,00	21,40	105,00

SERVICE COURRIER LE
17 JUIN 2023

Dr VIOTTE Adrien
Ophtalmologie - Secrétaire 2
1 Rue des Haberges 70000 VESOUL
☎: 03.39.27.09.50
701700494
10100980712

Montant réglé par le patient

21,40 €



RADIOLOGIE DE DRANCY
IMAGERIE MEDICALE DE LA PLAINE DE FRANCE

Tél : 01 49 900 200
<http://www.impf.fr>

RADIOLOGIE MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE - IMAGERIE DENTAIRE - ÉCHOGRAPHIE - DOPPLER - OSTEODENSITOMÉTRIE - SCANNER - IRM

DRANCY SIRET : 53752397900087, Le 4 juillet 2023

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

Vos Résultats sur INTERNET
<http://www.impf.fr>

MERLIN Simone
18 av francis de pressense

93350 LE BOURGET

Dr AFLALO-HAZAN Vanessa
Dr ARBACHE Antoine
Dr AUBRY Isabelle
Dr AUGIER Alexandre
Dr AZOULAY Robin
Dr BABAY Nadia
Dr BACANU Irina
Dr BENZOHRA Djallel Eddine
Dr BESSA Eya
Dr BIVOL Silviu
Dr BOUDIAF Zine-Edinne
Dr BRASSEUR Jean-Louis
Dr BREITTMAYER Frédéric
Dr BROCHERY Jean-Louis
Dr BUI Tony
Dr BURCKEL Cristina
Dr CHAABOUNI Mohamed
Dr CHABCHOUB Habib
Dr CHERRAD Ismaa Lamia
Dr CHOUZET Stéphane
Dr EZZINE Salem
Dr EL AMRI Aida
Dr FATRANE Agnès
Dr GAULT Valérie
Dr JEDIDI Chokri
Dr KIMAN Emmanuel
Dr LACHEHEB Djilali
Dr LAME Samuel
Dr LAUGAREIL Patrick
Dr LEVREL-LOURY Jean-Marie
Dr LOGEAY Olivier
Dr MILED Badr
Dr MIRCEA Claudiu-Nicolae
Dr MNIF Issam
Dr MOLINIER Bernard
Dr RADHOUANI Ibtissem
Dr SABADIS Ana Blanca
Dr SETHOM Souhir
Dr SASSI Raja
Dr SEBBAG Marc
Dr SOMAI Khaled
Dr TAYEBJEE One
Dr THIOLLIER Sylvain

Un numéro unique
01 49 900 200
Appel non Surtaxé

Prendre RDV en ligne
www.impf.fr
ou
www.doctolib.fr

SELAR IMAGERIE MEDICALE
DE LA PLAINE DE FRANCE
11-13, Avenue du Général de Gaulle
93350 LE BOURGET
Tél : 01 49 900 200
Fax : 01 49 63 25 42

NOTE D'HONORAIRES MUTUELLE

Madame, Monsieur,

Nous certifions que le patient inscrit ci-dessous a bien passé un examen radiologique, sur le site Maison Médicale DRANCY, Le 04 Juillet 2023.

Nous certifions que le patient inscrit ci-dessous a bien payé la somme correspondant au Tiers-Payant du dossier.

PATIENT

Nom : MERLIN

Prénom : Simone

Date Naissance : 03/10/1943

Age : 79

Adresse : 18 av francis de pressense

93350 LE BOURGET

ASSURE

Nom : MERLIN

Prénom : Simone

Numéro SS : 2431078646020-18

DOSSIER

Montant Honoraires Total des Honoraires :

53,89 €

(dont 26,00 € de dépassement d'honoraires)

Part prise en charge par la caisse :

19,52 €

(70% de la valeur de l'acte)

Part réglée par patient :

34,37 €

(30% de la valeur de l'acte)

INFORMATIONS DESTINEES AUX MUTUELLES

CPAM

Nom : CPAM HD-Télétransmissions PS/CDS

Montant Hono AMO : 19,52 €

Taux : 70%

Montant Total : 19,52 €

PRISE EN CHARGE MUTUELLE

Nom :

Taux : 30% + Dépassement de 26,00 €

Montant : 34,37 € réglés par le patient

EXAMEN

Cotation : MGQK001 Z

MEDECIN

Date : Le 04 Juillet 2023

Référence : 162307040028

Nom : LOGEAY

Prénom : Olivier

RPPS : 810000592021

FAC : 931846166

Docteur LOGEAY Olivier - RPPS : 810000592021 - Fac : 931846166
Imagerie Médicale de la Plaine de France



6 RUE PAUL MOREL
70000 VESOUL
Tél : 03.84.75.16.44



Télétransmission
hors Sésam-vitale
Code télétransmission
70M000854

Période de validité :
DU : 01/03/2023 AU : 31/12/2023
N° adhérent : N146325 Type Conv : OC
N° AMC : 778542852 CSR :
EDITEE LE : 21/02/2023 R : Contrat Responsable

BÉNÉFICIAIRES : NOM / PRÉNOM

QUALITÉ / DATE DE NAISSANCE / N° SÉCURITÉ SOCIALE / RÉGIME / PRODUIT

MERLIN SIMONE (A)

03/10/1943 2431078646020 18 AS CH1

GARANTIES OUVRANT DROIT AU TIERS PAYANT RÉGIME OBLIGATOIRE INCLUS*

HOSP	LARA	PHAR	COSL	EXTE	AUXM	TRAN	OPAU	DENT
(1)	OUI	(2)	OUI	OUI	OUI	OUI	(1)	(1)

(1) Sous réserve de la délivrance d'une prise en charge

Téléconsultation / Second avis médical : 01.55.92.42.60

(2) Vignettes 15% prises en charge

mawebmutuelle.fr

* LES TAUX S'APPLIQUENT AU TARIF DE RESPONSABILITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

MMC, 6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex

La Mutuelle Médico Chirurgicale, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, enregistrée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le N°778542852, dont le siège social est sis au 6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex



PHARMACIE DE PORT SUR SAONE
SALOME ETIENNE
12 RUE DU TERTRE
70170 PORT SUR SAONE
France

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

N° SIREN : 801085242
 N° TVA intracommunautaire : FR34801085242
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 03 84 91 52 33

LE NATHALIE

1 PL DU FOUR
 70160 PURGEROT
 France

Caisse : 01 Opérateur n° 4 C
 Client : LE NATHALIE

Facture n° 124905 du 07/07/2023 - vente n° 123070700135 - FSE n° 82330

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3808725 3	CLARITHROMYCINE 500MG VTS CPR 10	2	7,640	15,28	2,10	15,60
	HONORAIRE DE DISPENSATION	2	0,999	2,00	2,10	2,04
34009 3263711 9	RHINOFLUIMUCIL PULV NAS 10ML	1	7,182	7,18	10,00	7,90
34009 3748331 5	EUPHON SP 300ML	1	2,987	2,99	2,10	3,05
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51
HDE	HONORAIRE MEDICAMENT SPECIFIQUE	1	3,497	3,50	2,10	3,57

Quantité Produit : 4

Banque: Credit Agricole

IBAN: FR76 1250 6700 0556 5045 0349 126

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	25,26	0,53	25,79
10,00	7,18	0,72	7,90
Totaux	32,44	1,25	33,69

Part principale	20,28	Part assuré	7,90
Part complémentaire	5,51		

Net à payer	7,90
--------------------	-------------

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Date d'échéance : 07/07/2023

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

Plan de procéder au
Rauboursement.
- H²le Naladue
1 Place du four
to 160 Purgant
N 127 #6
N° secu 2690270550157
23



PHARMACIE DE PORT SUR SAONE
SALOME ETIENNE
12 RUE DU TERTRE
70170 PORT SUR SAONE
France

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

N° SIREN : 801085242
 N° TVA intracommunautaire : FR34801085242
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 03 84 91 52 33

LE NATHALIE

1 PL DU FOUR
 70160 PURGEROT
 France

Caisse : 01 Opérateur n° 4 C
 Client : LE NATHALIE

Facture n° 124908 du 07/07/2023 - vente n° 123070700138 - FSE n° 82332

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3268068 9	DAKTARIN 2% GEL BUCCAL TUB 40G	1	4,035	4,04	2,10	4,12
	HONORAIRE DE DISPENSATION	1	0,999	1,00	2,10	1,02
34015 6012410 1	ISOXAN ACTIFLASH PDR STICK 24	1	13,175	13,18	5,50	13,90
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51

Quantité Produit : 2

Banque: Credit Agricole

IBAN: FR76 1250 6700 0556 5045 0349 126

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	5,53	0,12	5,65
5,50	13,18	0,72	13,90
Totaux	18,71	0,84	19,55

Part principale	4,80	Part assuré	13,90
Part complémentaire	0,85		

Net à payer 13,90

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Réglée partiellement (13.90 € en CARTE BANCAIRE), date d'échéance pour le reste dû : 07/07/2023

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

17 JUL. 2023

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE



SEL CIMVES

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE "LES HABERGES"

IRM - SCANNER - MAMMOGRAPHIE - ÉCHOGRAPHIE - OSTÉODENSITOMÉTRIE - RADIOGRAPHIE - RADIOGRAPHIE DENTAIRE

Site Internet (prise de rendez-vous) : www.cimves.fr

Quittance

Edité le 05/07/2023 14:42:36

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

FSE n°000250693 du 05/07/2023, dossier n° 012307050109

Mode FSE :

Radiologue : BLOQUEAU Philippe, N° de facturation : 701700064

Bénéficiaire		Assuré	
Nom	: JACQUIN	N° INSEE	: 2550588124093-20
Prénom	: ROLANDE	AMO	: 01 701 9230
Né(e) le	: 27/05/1955	Organisme destinataire	: 701
Rang	: 1	Centre informatique	: 9230
Qualité	: F	AMC	: 70000854
Code couverture :			
NIR individuel :			

Nature d'assurance :

Destinataire du règlement :

Indicateur Parcours de soins :

Top médecin traitant :

Nom-Prénom médecin ayant orienté : CHEVROLET Anne

Option de coordination :

Récapitulatif	
Part AMO :	0,00€
Part.AMC :	0,00 €
Part Assuré :	39,96 €
Montant total de l'examen :	0,00€

Code CCAM examen : HN

Docteur BLOQUEAU Philippe
06 - RADIOLOGUE
SEL CIMVES - CONVENTIONNÉ
13, rue du Dr Noël Courvoisier
70000 VESOUL
70 1 70006 4

N° adhérent:
N039 642