

Merci d'adresser votre courrier à :

PRAECONIS
6, rue Paul Morel – BP 80283
70006 VESOUL Cedex

MME DESCHAMPS FRANCOISE

Votre contact :

KARINE BUHLER
Tél 03.84.97.12.39

3 RUE D ANDILLY

95600 EAUBONNE

service.prestations@praeconis.fr

ADHERENT : **N145372**

VESOUL, le 26 mai 2023

Chère adhérente,

*Pour obtenir un service **OPTIMUM**, donnez-nous le **MINIMUM**, et nous ferons le **MAXIMUM***

Nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des informations concernant votre dossier :

- ☒ Votre contrat ne couvre pas le dépassement d'honoraires. **sur le petit appareillage**
- ☐ Merci de nous communiquer votre adresse complète et définitive.
- ☐ Veuillez adresser à la caisse de votre régime obligatoire vos feuilles de remboursement avant d'être traitées par nos services, il s'agit du 100 % et non du ticket modérateur.
- ☐ Non garanti à la date des soins, inscription le
- ☒ Ces soins ne sont pas couverts par votre contrat
- ☐ Divers :

Toujours soucieux de vos intérêts et pour vous apporter un meilleur service, nous vous prions de croire
Chère adhérente, à l'expression de nos sentiments dévoués.

Service Prestations


KARINE BUHLER

Pour mieux vous servir, merci de nous faire connaître votre éventuelle adresse E-mail :

N° AD 145372

Page 1 8

FACTURE Ticket Modérateur N° 230022359destinée à la mutuelle pour la prise en charge éventuelle du ticket modérateur de
réglé par le client pour les produits ci-après

2,56 EUR

Renouvellement 2

PHARMACIE DU BOIS JACQUE!

36, Avenue de Paris

95600 EAUBONNE

N INSEE : 2 53 11 75 104 051 43

Assuré : DESCHAMPS FRANCOISE

Adresse : 3 RUE D'ANDILLY 95600 EAUBONNE

Bénéf : DESCHAMPS FRANCOISE

Date Nais : 13/11/1953

Date Facture : 05/05/2023

Date Ordonnance : 09/03/2023

952700300 OP : 2 05/05/2023 10:08

Nbre Pds : 1

Médecin : ANDRIANTAFIKA

N : 951107929

SERVICE COURRIER LE

22 MAI 2023

Total	PH4	PH7	PH1	LPP	NR	PH2	Produit	TVA%
1 x 12,78 AAD	12,78			10,22	2,56		3664490000031 VISMED MULTI COLLYR FL15M	20,0
Totaux	12,78	0,00	0,00	10,22	2,56	0,00		
Part Sécu	6,13						RO CPAM VAL D OISE CENTRE N11 01 951 1020	
Part Mutu	4,09						MUT MMC No MUTUELLE 145372	
Part Assuré	2,56							

SOUS
CG 4/11/11
Pharmacie du Bois Jacques
36 av de Paris
95600 Eaubonne
Tel. 01 39 59 42 49
Fax 01 39 59 42 49

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.



N° 50652#05

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.

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.

N° AD 145372

Page: 1 4

Facture

Numéro de facture

Date

Code client

220040485

20/07/2022

952700300

PHARMACIE DU BOIS JACQUES

36, Avenue de Paris

95600 EAUBONNE

FRANCE

Tél : 0139594249

Fax : 0139594249

E-mail :

DESCHAMPS FRANCOISE

3 RUE D'ANDILLY

95600 EAUBONNE

Tél : 0605269874

SERVICE COURRIER LE

22 MAI 2023

SIRET :

APE :

TVA Intracommunautaire : 8225548040001

Mode de règlement : Carte Bancaire

Echéance : 01/08/2022

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
3662042005664	THEALOSE SOL STER OPHTALMIQUE FL15ML	1	11,0083	0,00	11,0083	11,01	20,0

Quantité totale des produits : 1

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	
20,0%	11,01	0,00%	0,00	11,01	2,20	11,01 EUR	
						TVA	2,20 EUR
						Montant TTC	13,21 EUR
Totaux	11,01	0,00%	0,00	11,01	2,20		

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque, libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale.
En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros.

Somme
Régler

952700300 PHARMACIE DU BOIS JACQUES - 36, Avenue de Paris - 95600 EAUBONNE

APE: - - TVA Intracommunautaire : 8225548040001

N° AD 147372

cerfa

joindre la prescription
sauf si renouvellementfeuille de soins
pharmacien ou fournisseur

Facture No. 230012223

0 9 / 0 3 / 2 3

N° 1130 *05

TELETRANSMISSION, si EUR

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

date

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

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

numéro d'immatriculation

0 1 9 5 1 1 0 2 0

RO CPAM VAL D OISE CENTE

date de naissance

DESCHAMPS FRANCOISE

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

nom et prénom

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

numéro d'immatriculation

3 RUE D'ANDILLY
ADRESSE de L'ASSURE(E)

95600 EAUBONNE

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

SERVICE COUPONNIER I.F

22 MAI 2023

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE DU BOIS JACQUES

36, Avenue de Paris

95600 EAUBONNE

- TEL : 0139594249

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

951107929

ANDRIANTAFIKA

09/03/2023

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

raison sociale

identifiant

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

date de l'accord préalable (le cas échéant)

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 "**")

acte conforme au protocole RCP

Question Art. 161-40

Taux Montant

QTE : 4 V en les recommandations importantes

612044445 VISMED MULTI COLLYR FL15ML

NR 1 x 2,56

0% 2,56

(LPP 1130160) accident causé par un tiers : non

AAD 1x10,22

60% 10,22

193009564 SOTACORT 3,35MG/ML CY DO 414159

PHN 1 x 18,50

NR 18,50

ou

date

2816736 BOBAXIAC BOBRIQUE BOB SOL OP

PHM 1 x 1,87

20% 1,87

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

HONORAIRES DE MEDICAM. REMB.

HDR 1 x 0,51

65% 0,51

CV TP + 70000854_1

MUTUELLE : 70000854_1

MUT MMC

No MUTUELLE : 145372

Bleue + Blanche + 100% + NR + Orange

RO: 0,87E + 6,13E + 0,33E + 0,00 + 0,00E

RC: 2,02E + 4,09E + 0,18E + 0,00E + 0,00E

PART SECU SOCIALE: 7,33E

PART MUTUELLE : 6,29E

PART ASSURE: 21,06E

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

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

PHARMACIE DU BOIS JACQUES

X

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

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature de
l'assuré(e)

Deschamps

impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 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.

N° A.D 145372

Page: 1 1

Facture

Numéro de facture	Date	Code client
230018762	14/04/2023	

952700300

PHARMACIE DU BOIS JACQUES

36, Avenue de Paris
95600 EAUBONNE
FRANCE
Tél : 0139594249
Fax : 0139594249
E-mail :

DESCHAMPS FRANCOISE
3 RUE D'ANDILLY
95600 EAUBONNE
Tél : 0605269874

SERVICE COURRIER LE
22 MAI 2023

SIRET : APE :
TVA Intracommunautaire : 8225548040001

Mode de règlement : Carte Bancaire
Echéance : 01/05/2023

Code13Réf	Désignation	Qté	HT U Brut	%Rem	HT U Net	Mt HT Net	%TVA
3282770149722	A-DERMA EXOMEGA CONT BAUM EM FL400ML	1	21,5833	0,00	21,5833	21,59	20,0
3282770143423	A-DERMA EXOMEGA C HUIL LAV EMC F500ML1	1	12,0833	0,00	12,0833	12,08	20,0

Quantité totale des produits : 2

Taux TVA	HT Brut	%Rem	Remise	HT Net	TVA	Total Net HT	
20,0%	33,67	0,00%	0,00	33,67	6,73		33,67 EUR
						TVA	6,73 EUR
						Montant TTC	40,40 EUR
Totaux	33,67	0,00%	0,00	33,67	6,73		

Pharmacie acceptant le règlement des sommes dues par chèque libellé à son nom en sa qualité de membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale
En cas de non paiement à la date d'échéance indiquée, l'acheteur sera de plein droit redevable de l'application d'un intérêt de retard calculé sur l'intégralité des sommes restant dues, intérêt d'un montant égal à deux fois le taux d'intérêt légal, montant auquel viendra s'ajouter une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 euros

payée