

MEDICAL SANTE PLAINE
100 rue division leclerc

SERVICE COURRIER

17 OCT. 2023

Le 10/10/2023

88800 VITTEL
Tél : 03 29 07 30 66
N° Id : 882626393

Objet : Ticket Modérateur Mutuelle.

X MMC 70
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283
70006 VESOUL

ASSURE DE REFERENCE : N°2320588237001 80 Mme TISSERANT NELLY
N° d'Adhérent : N090137

Madame, Monsieur,

Nous avons été récemment amenés à établir une facture à votre client concernant la location de matériel médical dans les conditions générales suivantes :

Bénéficiaire :
- TISSERANT NELLY

Facture	- 000073605
Emise le	- 11/09/2023
Montant	- 100.80 €
Base de remboursement	- 100.80 €

Cette facture étant prise en charge à 60.00% par sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie, la somme de 40.32 €uros reste à votre charge.

Nous vous serions donc très obligés de bien vouloir vous acquitter de ce montant dès que possible, et ce par tout moyen à votre convenance.

Dans cette attente, veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations dévouées.

- Le Secrétariat -

COUPON REPONSE A JOINDRE A VOTRE REGLEMENT

Facture	- 000073605
Bénéficiaire	- TISSERANT NELLY
Emise le	- 11/09/2023
Montant	- 100.80 €
Votre dû	- 40.32 €



N° 11389*05

joindre la prescription
sauf si renouvellement
Dossier 000040223
DUPLICATA

feuille de soins pharmacien ou fournisseur

Page N° 1

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

numéro de facture (facultatif)

0 0 0 0 7 3 6 0 5

date 1 1 0 9 2 0 2 3

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 **TISSERANT NELLY**

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

numéro d'immatriculation 2 3 2 0 5 8 8 2 3 7 0 0 1 8 0

0 1 8 8 1 6 2 0 7

date de naissance 2 8 0 5 1 9 3 2

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

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

ADRESSE de L'ASSURE(E)

214 RUE DU MAQUIS 88270 HAROL

CPAM HD
LOTS TELETRANSMISSIONS
14 RUE DE LA CLE D'OR
TSA 99998
88060 EPINAL CEDEX 9

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

MEDICAL SANTE PLAINE
100 rue division leclerc

N° d'identification 88 2 62639 3

N° Agrément

N° TVA Intra : FR06485334163

88800 VITTEL

Tél : 03 29 07 30 66

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

SERVICE COURRIER LE

17 OCT. 2023

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom **BESANCON PHILIPPE**

identifiant 881012769

raison sociale

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 2 0 0 5 2 0 2 3 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 "x")
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

1241763 LOCATION LIT MEDICALISE STANDARD

BARRIERES ET POTENCE

15/07/2023 - 08/09/2023

AAD 12,60 8,00 100,80 60,00%



1241763 x8
LIT MEDICAL, LIT STANDARD, LOCATION
HEBDOMADAIRE, LIT ET ACCESSOIRES

Part RO : 60,48

Part RC (MMC 70) : 40,32

Part assuré(e) : 0,00

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

1 0 0 , 8 0

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

☒

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

☒

signature du pharmacien
ou du fournisseur

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

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.