



VitalAireTM

VITALAIRE EST
15, rue CAMUS

90000 BELFORT
Tél. : 0969 369 008
N° Identifiant : 902600014

Code payeur : 7307000066 / 70000854
Code client : 0986750932

MMC PRAECONIS
6 RUE PAUL MOREL
BP 80283

Patient : MARCHAL COLETTE
67 RUE DE BOUHAY D AMONT

70006 VESOUL CEDEX

SERVICE COURRIER LE

03 JUL. 2023

70280 BREUCHOTTE
No S.S. : 2470970561048 22
Date de naissance : 25/09/1947
N° adhérent : 247097056104822

Désignation

Quantité	P.U. H.T.	Total H.T.	LPPR TTC Unitaire	T V A
----------	--------------	---------------	----------------------	-------------

Commande N° 0006515417 du 23/09/2013 pour MARCHAL COLETTE - 70280 BREUCHOTTE

F09.TL2	PPC, apnée som, télés. (56h-112h), forfait hebdo 9.TL2 Matériel repris Code LPPR : 1115455 PPC, apnée sommeil, télésuivi (56h-112h), hebdo 9.TL2	Période du 27/02/2023 au 05/03/2023 soit 1 Semaine(s)	Prestation
		3,25 3,25	20.00
			9,74
F09.TL1	PPC, apnée som, télés. (> 112h), forfait hebdo 9.TL1 Matériel repris Code LPPR : 1187880 PPC, apnée sommeil, télésuivi (+112 h), forfait hebdo 9.TL1	Période du 06/03/2023 au 02/04/2023 soit 4 Semaine(s)	Prestation
		5,20 20,78	20.00
			15,58
F09.TL2	PPC, apnée som, télés. (56h-112h), forfait hebdo 9.TL2 Matériel repris Code LPPR : 1115455 PPC, apnée sommeil, télésuivi (56h-112h), hebdo 9.TL2	Période du 03/04/2023 au 30/04/2023 soit 4 Semaine(s)	Prestation
		3,25 12,98	20.00
			9,74
F09.TL1	PPC, apnée som, télés. (> 112h), forfait hebdo 9.TL1 Matériel repris Code LPPR : 1187880 PPC, apnée sommeil, télésuivi (+112 h), forfait hebdo 9.TL1	Période du 01/05/2023 au 28/05/2023 soit 4 Semaine(s)	Prestation
		5,20 20,78	20.00
			15,58
F09.TL2	PPC, apnée som, télés. (56h-112h), forfait hebdo 9.TL2 Matériel repris Code LPPR : 1115455 PPC, apnée sommeil, télésuivi (56h-112h), hebdo 9.TL2	Période du 29/05/2023 au 18/06/2023 soit 3 Semaine(s)	Prestation
		3,25 9,74	20.00
			9,74



SERVICE COURRIER
03 JUL. 2023

VITALAIRE S.A., S.A. au capital de 6 821 760 EUR, 6 Rue Cognacq-Jay - 75341 PARIS CEDEX 07, RCS PARIS B 425039773, TVA FR 11425039773

Montant total facturé (RO + RC) : 202,56
Prise en charge régime obligatoire (RO) : 121,53
Part complémentaire : (RC 81,03 / Dép 0,00) : 81,03

Taux	Prestations	Ventes	Transports	Frais	TVA	Total T.T.C.
20,00	67,53				13,50	81,03
Total		67,53			13,50	81,03

✂ A découper et joindre à votre règlement

Adresse de règlement:

VitalAire Centre de Gestion
CS 70588
13594 Aix en Provence cedex 3

MMC PRAECONIS

Numéro : 231448927

Agence : 431

Client : 7307000066

Date : 19/06/2023

Montant (EUR) : 81,03

Net à payer : 81,03 EUR

Règlement par Virement av bor pour le 16/07/2023

T.V.A. Acquittée sur les débits



Payeur		7206000894		CPAM DE HAUTE SAONE			
Numéro facture		231448926		Année facture		2023	
Nom	Fac group	Fac/Pt	DtEch	Dev	TTx	Ta x change	Monta nt devises
FACTMVX		190623	160723	EUR	01	1.000000	121.53 D
RNOEMIE		210623	160723	EUR	01	1.000000	121.53 C

SERVICE COURR
03 JUL. 2023

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

MARCHAL COLETTE

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

numéro d'immatriculation

2470970561048

22

017010000

date de naissance

25091947

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

nom et prénom

MARCHAL COLETTE

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

numéro d'immatriculation

7206000894

0986750932

ADRESSE de L'ASSURE(E)

67 RUE DE BOUHAY D AMONT

70280 BREUCHOTTE

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

VITALAIRE EST

431

15, rue CAMUS
90000 BELFORT

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

902600014

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

MIKAIL LUIS

raison sociale

identifiant

10001841070

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

22022023

date de l'accord préalable (le cas échéant)

22022023

X 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 "\$"
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non X

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Commande N° 0006515417 du 23/09/2013

Période du 27/02/2023 au 05/03/2023 soit 1 Semaine(s)

1 PPC, apnée sommeil, télésoin (56h-112h), hebdo 9.TL2

Taux de prise en charge : 60.00 %

LPPR unitaire :

9.74 EUR

Total facturé : 5.84 EUR

Matériel

repris

Code LPPR : 1115455

Période du 06/03/2023 au 02/04/2023 soit 4 Semaine(s)

1 PPC, apnée sommeil, télésoin (+112 h), forfait hebdo 9.TL1

Taux de prise en charge : 60.00 %

LPPR unitaire :

15.58 EUR

Total facturé : 37.39 EUR

Matériel

repris

Code LPPR : 1187880

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

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

X

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

X

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.

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 MARCHAL COLETTE

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

numéro d'immatriculation 2470970561048

22

017010000

date de naissance 25091947

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 MARCHAL COLETTE

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

numéro d'immatriculation

7206000894

0986750932

ADRESSE de L'ASSURE(E)

67 RUE DE BOUHAY D AMONT

70280 BREUCHOTTE

SERVICE COURRIER LE

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

VITALAIRE EST

431

15, rue CAMUS
90000 BELFORT

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

902600014

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom MIKAIL LUIS

raison sociale

identifiant

10001841070

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

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 22022023

date de l'accord préalable (le cas échéant) 22022023

☒ 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

Période du 03/04/2023 au 30/04/2023 soit 4 Semaine(s)

1 PPC, apnée sommeil, télésoin (56h-112h), hebdo 9.TL2

Taux de prise en charge : 60.00 %

LPPR unitaire :

9.74 EUR

Total facturé :

23.38 EUR

Matériel
repris

Code LPPR : 1115455

Période du 01/05/2023 au 28/05/2023 soit 4 Semaine(s)

1 PPC, apnée sommeil, télésoin (+112 h), forfait hebdo 9.TL1

Taux de prise en charge : 60.00 %

LPPR unitaire :

15.58 EUR

Total facturé :

37.39 EUR

Matériel
repris

Code LPPR : 1187880

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

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.



T joindre la prescription
sauf si renouvellement

N° 11389*05

Page 3(3)

feuille de soins pharmacien ou fournisseur

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)

Duplicata

231448926

date

19062023

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

MARCHAL COLETTE

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

numéro d'immatriculation

2470970561048

date de naissance

25091947

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

nom et prénom

MARCHAL COLETTE

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

numéro d'immatriculation

7206000894

0986750932

ADRESSE de L'ASSURE(E)

67 RUE DE BOUHAY D AMONT

70280 BREUCHOTTE

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

VITALAIRE EST

431

15, rue CAMUS
90000 BELFORT

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

902600014

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

MIKAIL LUIS

raison sociale

identifiant

10001841070

n° de la structure

(AM, FINESS ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

22022023

date de l'accord préalable (le cas échéant)

22022023

☒ 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 "§")
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

Période du 29/05/2023 au 18/06/2023 soit 3 Semaine(s)

1 PPC, apnée sommeil, télé-suivi (56h-112h), hebdo 9.TL2

Taux de prise en charge : 60.00 %

LPPR unitaire : 9.74 EUR

Total facturé : 17.53 EUR

Code LPPR : 1115455

Montant total facturé RO : 121,53 EUR

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

202,56

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

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 et 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.

FSPHF 10-2014 S3115h

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.