

**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bas-Rhin

SERVICE COURRIER LE

- 6 FEV. 2024

Mon numéro : 2 03 12 67 447 269 74

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

ROSSER--BILLOT JULIETTE

Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.

Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

**3646**Service gratuit  
+ prix appel

CPAM DU BAS-RHIN 16 RUE DE LAUSANNE

67090 STRASBOURG CEDEX

0313019794 368661 200

eco'pli CI 1505 20.12.23 14 14 S3C5 A

Mlle ROSSER--BILLOT JULIETTE

45 RUE DU CLIMONT

67202 WOLFISHEIM

Mademoiselle,

Voici le détail des versements vous concernant pour la journée du 09 09 23.

Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire MUT'EST. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépendance	base du remboursement	taux	montant payé
	pour JULIETTE né(e) le 04 12 03 maladie ref 5761 2325460000827				
09 09 23	URGENCE				
	CS GENERALISTE Sect1 (GS)	25,00	25,00	90%	22,50
	participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)				- 1,00
	MAJ.C.REGUL.DF (CRD)	26,50	26,50	90%	23,85

**réglé au destinataire HAUBENSACK CHARLES : 46,35 euros**

(1) Les participations forfaitaires et franchises constatées sur ces actes sont déduites du montant remboursé dans la partie « Vos remboursements de soins » ou le seront sur vos prochains règlements.

0040V26.01.00 / U

Pour trouver des infos santé fiables et claires, je vais sur [ameli.fr/assure/sante](https://ameli.fr/assure/sante)

3019

735602301979418006





**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bas-Rhin

SERVICE COURRIER LE

6 FEV. 2024

Mon numéro : 2 03 12 67 447 269 74

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

ROSSER--BILLOT JULIETTE

Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.

Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

**3646**

Service gratuit  
+ prix appel

CPAM DU BAS-RHIN 16 RUE DE LAUSANNE  
67090 STRASBOURG CEDEX

Mlle ROSSER--BILLOT JULIETTE  
45 RUE DU CLIMONT  
67202 WOLFISHEIM

Mademoiselle,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 27 06 23 au 13 09 23.

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	<b>pour JULIETTE né(e) le 04 12 03</b>				
	maladie				
	ref 9731 2324010002990				
27 06 23	ACTE BIOLOGIE (B 85,00)	22,10	22,10	90%	19,89
	participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)				- 1,00
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	<b>réglé au destinataire ASSIA PREMIUM : 19,89 euros</b>				
	ref 6610 2325540002966				
09 09 23	PHARMACIE (PH7)	3,23	3,23	90%	2,91
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	90%	0,92
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE 15% (PH2)	2,82	2,82	15%	0,42
	HONOR. DISPENS. (HD2)	1,02	1,02	15%	0,15
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	2,32	2,32	90%	2,09
	HONOR. DISPENS. (2 HD7)	2,04	2,04	90%	1,84
	franchise à retenir (1) (2 FRT)				- 1,00
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	90%	0,46
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	<b>réglé au destinataire PHARMACIE DE LA FLEUR : 8,79 euros</b>				
	ref 9731 2326340005205				
13 09 23	ACTE BIOLOGIE (B 542,00)	140,92	140,92	90%	126,83
	participation forfaitaire à retenir (1) (4 PFT)				- 4,00
	ACTE BIOLOGIE (B 107,00)	27,82	27,82	100%	27,82
	SOINS INFIRMIERS (AMI 1,50)	4,73	4,73	100%	4,73
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35	100%	1,35
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				



Pour trouver des infos santé fiables et claires, je vais sur [ameli.fr/assure/sante](https://ameli.fr/assure/sante)



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bas-Rhin

Mon numéro : 2 03 12 67 447 269 74

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

ROSSER--BILLOT JULIETTE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépende	base du remboursement	taux	montant payé
	pour JULIETTE né(e) le 04 12 03 maladie ref 9731 2326340005205				

**réglé au destinataire LABM DES VOSGES DE STRASB OURG : 160,73 euros**

(1) Les participations forfaitaires et franchises constatées sur ces actes sont déduites du montant remboursé dans la partie « Vos remboursements de soins » ou le seront sur vos prochains règlements.



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

**Bas-Rhin**

SERVICE COURRIER LE

**6 FEV. 2024**

**CPAM DU BAS-RHIN 16 RUE DE LAUSANNE  
67090 STRASBOURG CEDEX**

Mon numéro : 1 64 08 99 109 526 76

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

**ROESSER MANFRED**

Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.

Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

**3646** Service gratuit  
\* prix appel

**M. ROESSER MANFRED**

**45 RUE DU CLIMONT**

**67202 WOLFISHEIM**

Monsieur,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 29 07 23 au 09 10 23.

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
<b>pour MANFRED né(e) le 02 08 64</b>					
maladie					
ref 6610 2321440005012					
<b>29 07 23</b>	PHARMACIE (PH7+PC)	10,85	10,85	90%	9,77
	HONOR. DISPENS. (HG7+PC)	2,76	2,76	90%	2,48
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	12,26	12,26	90%	11,03
	HONOR. DISPENS. (HG7+PC)	2,76	2,76	90%	2,48
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR. DISPENS. REM (HDR+PC)	0,51	0,51	90%	0,46
LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE					
<b>réglé au destinataire PHARMACIE DE WOLFISHEIM : 26,22 euros</b>					
ref 9731 2328940011122					
<b>09 10 23</b>	ACTE BIOLOGIE (B 305,00+PC)	79,30	79,30	90%	71,37
	participation forfaitaire à retenir (1) (4 PFT)				- 4,00
	PRELEVEMENT (TB 1,50+PC)	3,78	3,78	90%	3,40
LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE					

**réglé au destinataire LABM BOUDERBALA : 74,77 euros**

(1) Les participations forfaitaires et franchises constatées sur ces actes sont déduites du montant remboursé dans la partie « Vos remboursements de soins » ou le seront sur vos prochains règlements.



Pour trouver des infos santé fiables et claires, je vais sur [ameli.fr/assure/sante](https://ameli.fr/assure/sante)



431006486561489402



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bas-Rhin

SERVICE COURRIER LE

6 FEV. 2024

Mon numéro : 2 03 12 67 447 269 74  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
ROSSER-BILLOT JULIETTE  
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.  
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

**3646** Service gratuit  
+ prix appel

CPAM DU BAS-RHIN 16 RUE DE LAUSANNE  
67090 STRASBOURG CEDEX  
1058501315 764910 200  
eco'pli CI 1505 31.08.23 59 LILLE PIC

Mlle ROSSER-BILLOT JULIETTE  
45 RUE DU CLIMONT  
67202 WOLFISHEIM

Mademoiselle,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 03 05 23 au 24 07 23.

Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire MUT'EST. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépendance	base du remboursement	taux	montant payé
	<b>pour JULIETTE né(e) le 04 12 03</b>				
	maladie				
	ref 5761 2312640000330				
<b>03 05 23</b>	BILAN VISUEL (RNM)	28,00	28,00	100%	28,00
	<b>réglé au destinataire CENTRE OPHTALMOLOGIQUE CA RE VISIO. : 28,00 euros</b>				
	ref 9731 2314310001032				
<b>17 05 23</b>	VERRE OPTIQUE B (VU2)	120,00	0,05	90%	0,05
	VERRE OPTIQUE B (VU2)	120,00	0,05	90%	0,05
	<b>réglé au destinataire ACUITIS FRANCE : 0,10 euros</b>				
	ref 6610 2317910018096				
<b>21 06 23</b>	PHARMACIE (PH7)	3,76	3,76	90%	3,38
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	90%	0,92
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	90%	0,46
	ref 6610 2317910018097				
<b>21 06 23</b>	PHARMACIE (PH7)	4,21	4,21	90%	3,79
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	90%	0,92
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	90%	0,46
	HONOR.DISP.SPEC (HDE)	3,57	3,57	90%	3,21
	<b>réglé au destinataire PHARMACIE DE WOLFISHEIM : 13,14 euros</b>				
	ref 5761 2318040001812				
<b>27 06 23</b>	<b>PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT</b>				
	C GENERALISTE Sect1 (G)	25,00	25,00	90%	22,50
	participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)				- 1,00
	MAJO COORDINATION (MCG)	5,00	5,00	90%	4,50
	<b>réglé au destinataire CENTRE DE SANTE INWECARE STRASBOU. : 27,00 euros</b>				



Pour trouver des infos santé fiables et claires, je vais sur [ameli.fr/assure/sante](https://ameli.fr/assure/sante)

004DV26.00.03 / U

30218

628804850131517007

Mon numéro : 2 03 12 67 447 269 74  
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
 ROSSER-BILLOT JULIETTE

## pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépende	base du remboursement	taux	montant payé
	pour JULIETTE né(e) le 04 12 03 maladie ref 5761 2320910001735				
24 07 23	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT C GENERALISTE Sect1 (G) participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)	25,00	25,00	90%	22,50 - 1,00

régulé au destinataire CENTRE DE SANTE INWECARE STRASBOU. : 22,50 euros

(1) Les participations forfaitaires et franchises constatées sur ces actes sont déduites du montant remboursé dans la partie « Vos remboursements de soins » ou le seront sur vos prochains règlements.





**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bas-Rhin

SERVICE COURRIER LE

- 6 FEV. 2024

Mon numéro : 2 03 12 67 447 269 74  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
ROSSER-BILLOT JULIETTE  
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.  
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

**3646**

Service gratuit  
+ prix appel

CPAM DU BAS-RHIN 16 RUE DE LAUSANNE  
67090 STRASBOURG CEDEX

Mlle ROSSER-BILLOT JULIETTE  
45 RUE DU CLIMONT  
67202 WOLFISHEIM

Mademoiselle,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 27 06 23 au 24 07 23.

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépende	base du remboursement	taux	montant payé
<b>pour JULIETTE né(e) le 04 12 03</b>					
maladie					
ref 6610 2318040003011					
<b>27 06 23</b>	PHARMACIE (PH7)	4,09	4,09	90%	3,68
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	90%	0,92
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	1,99	1,99	90%	1,79
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	90%	0,92
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	90%	0,46
	HONOR.DISP.SPEC (HDE)	3,57	3,57	90%	3,21
LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE					
<b>réglé au destinataire PHARMACIE DE L'HOMME DE FER : 10,98 euros</b>					
ref 6610 2320740003744					
<b>24 07 23</b>	PHARMACIE (PH4)	4,22	4,22	80%	3,38
	HONOR. DISPENS. (2 HD4)	2,04	2,04	80%	1,63
	franchise à retenir (1) (2 FRT)				- 1,00
	PHARMACIE (PH4)	1,72	1,72	80%	1,38
	HONOR. DISPENS. (HD4)	1,02	1,02	80%	0,82
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	90%	0,46
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				

**réglé au destinataire PHARMACIE DE L'HOMME DE FER : 7,67 euros**

(1) Les participations forfaitaires et franchises constatées sur ces actes sont déduites du montant remboursé dans la partie « Vos remboursements de soins » ou le seront sur vos prochains règlements.



Pour trouver des infos santé fiables et claires, je vais sur [ameli.fr/assure/sante](https://ameli.fr/assure/sante)

