

## Relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire

Transfert N° de case	N° identification prescripteur	Spécialité	N° identification de l'exécutant	Spécialité	Zone tarif	Code convention	Date des actes	Date de la prescription	Code regroupement ou lettre clé	Localisation dentaire	Prix unitaire	Eléments de tarification		Coefficient association	Honoraires facturés	Dépassement	Base de remboursement régime obligatoire	Régime obligatoire		Montant AMC en tiers payant	Reste à charge pour l'assuré(e)
												Modifi- cateurs	Code remb. except.					Taux	Montant		
1			291704047	03	24		20/06/2023		ADE		111.71			1.00	111.71		111.71	100	111.71		
2			291703924	03	24		20/06/2023		ATM		57.60			1.00	57.60		57.60	100	57.60		
3	291704047	03	293700621	39	24		21/06/2023	21/06/2023	B		0.26			237.00	61.62		61.62	100	61.62		
3	291704047	03	293700621	24	24		21/06/2023	21/06/2023	AMI		3.15			1.50	4.73		4.73	100	4.73		
2			291703924	03	24		21/06/2023		ATM		57.60			1.00	57.60		57.60	100	57.60		
2			291703924	03	24		22/06/2023		ATM		57.60			1.00	57.60		57.60	100	57.60		
4			291703890	03	24		23/06/2023		ADC		56.53			1.00	56.53		56.53	100	56.53		
2			291703924	03	24		23/06/2023		ATM		14.26			1.00	14.26		14.26	100	14.26		
Sous-total 3																421.65	421.65	421.65			

SERVICE COORDONNÉ  
11 JUL. 2023

Transfert provisoire - N° FINESS établissement ① 290000728 : HIA CLERMONT-TONNERRE

N° FINESS établissement ②

MANDATAIRE(S)	N° 1	MANDATAIRE(S)	N°	MANDATAIRE(S)	N°
BNP PARIBAS OUEST MANDAT - SA POLYCLINIQUE DE KERAUDREN M					
AP: FR7630004028820001008716472	BL: BNPAFRPPCRN				

Montant facturé par le praticien.

n° 1	n° 2	n° 3	n° 4	n° 5	n° 6	n° 7
DR ERTZSCHEID Clémence	DR LE ROUX Pierre	CERBALLANCE FINISTERE	DR AMARAL DOS SANTOS Antonio			
Mandataire n° 1	Mandataire n° 1	Mandataire n° 1	Mandataire n° 1			
ADELI 291704047	ADELI 291703924	ADELI 293700621	ADELI 291703890	ADELI	ADELI	ADELI
€ 0.00	€ 0.00	€ 0.00	€ 0.00	€	€	€
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)		80.00 €	Rappel du numéro de facture 435673			



M MC

6 rue Morel,

70000 Verdun



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Haute-Marne

Mon numéro : 2 59 02 21 231 206 08  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
ROUSSEL MARIE-JOSE

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépende	base du remboursement	taux	montant payé
	pour MARIE-JOSE né(e) le 18 02 59 maladie ref 3600 2311110003181				

(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.

DUPLICATA



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Haute-Marne

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

CPAM DE LA HAUTE MARNE, 18 BD DE L. TASSIGNY - CS 2  
52915 CHAUMONT CEDEX 9

Mon numéro : 2 59 02 21 231 206 08  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
ROUSSEL MARIE-JOSE  
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.  
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

Mme ROUSSEL MARIE-JOSE  
CITE COTE D' OR APP 222  
4 CHE DE LA COTE PRIN  
52400 BOURBONNE LES BAINS

**3646** Service gratuit  
\* prix appel

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 23 12 22 au 07 03 23.

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

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépende	base du remboursement	taux	montant payé
	<b>pour MARIE-JOSE né(e) le 18 02 59</b> maladie ref 3600 2302310000169				
19 01 23	PHARMACIE (PH7)	8,80	8,80	100%	8,80
	HONOR. DISPENS. (4 HD7)	4,08	4,08	100%	4,08
	PHARMACIE (PH7)	1,26	1,26	100%	1,26
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	PHARMACIE (PH7)	3,76	3,76	100%	3,76
	HONOR. DISPENS. (2 HD7)	2,04	2,04	100%	2,04
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. SPEC (HDE)	3,57	3,57	100%	3,57
	<b>réglé au destinataire SELARL PHARMACIE CENTRALE : 25,04 euros</b> ref 3520 2303110000268				
23 12 22	SOINS INFIRMIERS (AMI 1,50)	4,73	4,73	100%	4,73
	IND. FORF. DEPL. AM (IFA)	2,54	2,54	100%	2,54
	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35	100%	1,35
	<b>réglé au destinataire HEDOU GWENOLA : 8,62 euros</b> ref 3520 2304010000095				
06 01 23	AUTRES APP. LPP (AAR)	62,32	62,32	100%	62,32
	<b>réglé au destinataire AIR + : 62,32 euros</b> ref 3530 2304440000729				
10 02 23	HORS PARCOURS COORDONNE C GENERALISTE Sect1 (G)	25,00	25,00	100%	25,00
	<b>réglé au destinataire SANDU MARIAN : 25,00 euros</b> ref 3520 2306610000909				
03 02 23	AUTRES APP. LPP (AAR)	62,32	62,32	100%	62,32



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

Haute-Marne

Mon numéro : 2 59 02 21 231 206 08  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
ROUSSEL MARIE-JOSE

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépense	remboursement	base du taux	montant payé
	<b>pour MARIE-JOSE né(e) le 18 02 59</b> maladie ref 3520 2306610000909				
	<b>réglé au destinataire AIR + : 62,32 euros</b> ref 3600 2306810002002				
07 03 23	PHARMACIE (PH7)	8,80	8,80	100%	8,80
	HONOR. DISPENS. (4 HD7)	4,08	4,08	100%	4,08
	PHARMACIE (PH7)	1,84	1,84	100%	1,84
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	PHARMACIE (PH7)	3,64	3,64	100%	3,64
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	PHARMACIE (PH7)	1,26	1,26	100%	1,26
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	PHARMACIE (PH7)	3,76	3,76	100%	3,76
	HONOR. DISPENS. (2 HD7)	2,04	2,04	100%	2,04
	HONOR. DISPENS. (HC)	0,31	0,31	100%	0,31
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. SPEC (HDE)	3,57	3,57	100%	3,57

**réglé au destinataire PHARMACIE PRINCIPALE : 32,87 euros**



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Haute-Marne

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

CPAM DE LA HAUTE MARNE, 18 BD DE L. TASSIGNY - CS 2  
52915 CHAUMONT CEDEX 9

Mon numéro : 2 59 02 21 231 206 08

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

ROUSSEL MARIE-JOSE

Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.

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

Mme ROUSSEL MARIE-JOSE

CITE COTE D' OR APP 222

4 CHE DE LA COTE PRIN

52400 BOURBONNE LES BAINS

**3646**

Service gratuit  
+ prix appel

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 03 03 23 au 27 04 23.

Ces informations n'ont pas été transmises à un organisme complémentaire. Si vous en avez un, pensez à lui envoyer ce relevé et conserver une copie.

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépende	base du remboursement	taux	montant payé
	<b>pour MARIE-JOSE né(e) le 18 02 59</b> maladie ref 3530 2310140001520				
<b>07 04 23</b>	<b>PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT</b> C GENERALISTE Sect1 (G+PC)	25,00	25,00	100%	25,00
	<b>régulé au destinataire SANDU MARIAN : 25,00 euros</b> ref 3520 2310150000209				
<b>03 03 23</b>	<b>AUTRES APP. LPP (AAR)</b>	77,90	77,90	100%	77,90
	<b>régulé au destinataire AIR + : 77,90 euros</b> ref 3530 2310740001275				
<b>14 04 23</b>	<b>PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT</b> C GENERALISTE Sect1 (G+PC) participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)	25,00	25,00	100%	25,00 - 1,00
	<b>régulé au destinataire SANDU MARIAN : 25,00 euros</b> ref 3600 2311110003207				
<b>17 04 23</b>	<b>ORTHESE (PA+PC)</b>	44,80	29,78	100%	29,78
	<b>régulé au destinataire PHARMACIE PRINCIPALE : 29,78 euros</b> ref 3600 2312210000369				
<b>27 04 23</b>	<b>PHARMACIE (PH7+PC)</b>	8,80	8,80	100%	8,80
	<b>HONOR. DISPENS. (4 HD7+PC)</b>	4,08	4,08	100%	4,08
	<b>franchise à retenir (1) (4 FRT)</b>				- 2,00
	<b>PHARMACIE (PH7+PC)</b>	1,69	1,69	100%	1,69
	<b>HONOR. DISPENS. (HD7+PC)</b>	1,02	1,02	100%	1,02
	<b>franchise à retenir (1) (FRT)</b>				- 0,50
	<b>PHARMACIE (PH7+PC)</b>	3,64	3,64	100%	3,64
	<b>HONOR. DISPENS. (HD7+PC)</b>	1,02	1,02	100%	1,02
	<b>franchise à retenir (1) (FRT)</b>				- 0,50



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

Haute-Marne

Mon numéro : 2 59 02 21 231 206 08  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
ROUSSEL MARIE-JOSE

## pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépende	remboursement	base du taux	montant payé
	<b>pour MARIE-JOSE né(e) le 18 02 59</b>				
	maladie				
	ref 3600 2312210000369				
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,26	1,26 100%		1,26
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02 100%		1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	3,76	3,76 100%		3,76
	HONOR. DISPENS. (2 HD7+PC)	2,04	2,04 100%		2,04
	franchise à retenir (1) (2 FRT)				- 1,00
	HONOR. DISPENS. (HC+PC)	0,31	0,31 100%		0,31
	HONOR. DISPENS. REM (HDR+PC)	0,51	0,51 100%		0,51
	HONOR. DISP. SPEC (HDE+PC)	3,57	3,57 100%		3,57
	<b>réglé au destinataire SELARL PHARMACIE CENTRALE : 32,72 euros</b>				
	ref 3520 2312950000298				
<b>07 04 23</b>	<b>AUTRES APP. LPP (AAR)</b>	<b>62,32</b>	<b>62,32 100%</b>		<b>62,32</b>

**réglé au destinataire AIR + : 62,32 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

Haute-Marne

SERVICE COURRIER LE

17 JUIL. 2023

Mon numéro : 2 59 02 21 231 206 08  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
ROUSSEL MARIE-JOSE  
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.  
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

3646

Service gratuit  
+ prix appel

CPAM DE LA HAUTE MARNE, 18 BD DE L. TASSIGNY - CS 2  
52915 CHAUMONT CEDEX 9

Mme ROUSSEL MARIE-JOSE  
CITE COTE D'OR APP 222  
4 CHE DE LA COTE PRIN  
52400 BOURBONNE LES BAINS

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la journée du 10 11 22.

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépendance	base du remboursement	taux	montant payé
	<b>pour MARIE-JOSE né(e) le 18 02 59</b>				
	maladie				
	ref 3600 2232110002211				
10 11 22	PHARMACIE (PH7)	3,48	3,48	100%	3,48
	HONOR. DISPENS. (3 HD7)	3,06	3,06	100%	3,06
	PHARMACIE (PH4)	2,68	2,68	30%	0,80
	HONOR. DISPENS. (HD4)	1,02	1,02	30%	0,31
	PHARMACIE (PH7)	5,97	5,97	100%	5,97
	HONOR. DISPENS. (3 HD7)	3,06	3,06	100%	3,06
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. SPEC (HDE)	3,57	3,57	100%	3,57
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				

**réglé au destinataire PHARMACIE PRINCIPALE : 20,76 euros**



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

Haute-Marne

SERVICE COURRIER LE

17 JUIN 2023

Mon numéro : 2 59 02 21 231 206 08  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
ROUSSEL MARIE-JOSE  
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.  
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

3646

Service gratuit  
+ prix appel

CPAM DE LA HAUTE MARNE, 18 BD DE L. TASSIGNY - CS 2  
52915 CHAUMONT CEDEX 9  
0212458954 617056 620  
eco'pli CI 1505 08.06.23 59 LILLE PIC

Mme ROUSSEL MARIE-JOSE  
CITE COTE D'OR APP 222  
4 CHE DE LA COTE PRIN  
52400 BOURBONNE LES BAINS

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 20 12 22 au 23 12 22.

Ce document regroupe les paiements effectués par votre caisse d'assurance maladie et ceux de votre organisme complémentaire PACIFICA.

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé	organisme complémentaire	taux	prix
	<b>pour MARIE-JOSE né(e) le 18 02 59</b>							
	maladie							
	ref 3600 2235610006058							
20 12 22	PHARMACIE (PH7)	11,00	11,00	100%	11,00			
	HONOR. DISPENS. (5 HD7)	5,10	5,10	100%	5,10			
	PHARMACIE (PH7)	5,07	5,07	100%	5,07			
	HONOR. DISPENS. (3 HD7)	3,06	3,06	100%	3,06			
	PHARMACIE (PH7)	10,53	10,53	100%	10,53			
	HONOR. DISPENS. (HG7)	2,76	2,76	100%	2,76			
	PHARMACIE (PH7)	1,26	1,26	100%	1,26			
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02			
	PHARMACIE (PH7)	3,76	3,76	100%	3,76			
	HONOR. DISPENS. (2 HD7)	2,04	2,04	100%	2,04			
	PHARMACIE (PH4)	1,72	1,72	30%	0,52	70%		1,20
	HONOR. DISPENS. (HD4)	1,02	1,02	30%	0,31	70%		0,71
	PHARMACIE (PH4)	3,30	3,30	30%	0,99	70%		2,31
20 12 22	HONOR. DISPENS. (HD4)	1,02	1,02	30%	0,31	70%		0,71
	HONOR. DISPENS. (HC)	0,31	0,31	100%	0,31			
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	100%	0,51			
	HONOR. DISP. SPEC (HDE)	3,57	3,57	100%	3,57			

**réglé au destinataire SELARL PHARMACIE CENTRALE : 57,05 euros**

ref 3600 2236050003915

23 12 22	pharmacie non remboursable (PHN)	6,50						
	PHARMACIE (PH4)	1,79	1,79	30%	0,54	70%		1,25
	HONOR. DISPENS. (HD4)	1,02	1,02	30%	0,31	70%		0,71
	pharmacie non remboursable (PHN)	5,90						
	PHARMACIE (PH7)	1,16	1,16	100%	1,16			
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02			
	PHARMACIE (PH7)	3,09	3,09	100%	3,09			
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02			



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