

Jeanne SCELO
578 Route du Boréon
06450 ST MARTIN VESUBIE

St Martin Vésubie le 18/12/2023

Port 06 08 52 65 21

sceloi06@gmail.com

N° Adherent N161307

MMC
6 rue Paul Morel
BP80283
70006 VESOUL CEDEX

SERVICE COURRIER LE

27 DEC. 2023

Bonjour,

Veillez trouver ci-joint un relevé de l'assurance maladie concernant mon règlement de 20 € du 27/06/23.

L'assurance maladie ne m'a rien remboursé à ce jour.

Vous en souhaitant bonne réception,

Cordialement,

Jeanne SCELO



.P.J. 2



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Page 1/1

assuré social SCELO JEANNE

n° de Sécurité Sociale 2 53 11 06 088 163 43

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli
ou l'application ameli pour smartphone

CPAM des ALPES MARITIMES 48, avenue Roi Robert Comte de
Provence
06180 NICE CEDEX 2

SERVICE COURRIER LE

27 DEC. 2023

MLE. SCELO JEANNE
578 RTE DU BOREON
CHL LE FLOREAL
06450 ST MARTIN VESUBIE

Voici le détail des versements vous concernant pour la journée du 07/08/2023

Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte.
Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme
complémentaire GESTION MUTUELLE. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour JEANNE né(e) le 19/11/1953 maladie réf 6291 2321640001473				
27/06/2023	ACTE TECH MEDICAL (ATM) participation forfaitaire (PFH)	20,00	20,00	70 %	14,00
	maladie réf 6031 2321980008276				-1,00
<i>aucun rembt de la S.S. le 27/6/23</i>					
A noter : Pour les prestations figurant ci-après vous n'avez pas réglé directement votre professionnel, les participations forfaitaires, les franchises ou les majorations hors parcours coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.					
08/12/2021	PHARMACIE pour JEANNE né(e) le 19/11/53		(2121426158)		-4,34
11/01/2022	PHARMACIE pour JEANNE né(e) le 19/11/53		(2201436683)		-4,00
08/02/2022	PHARMACIE pour JEANNE né(e) le 19/11/53		(2204114420)		-3,50
11/03/2022	PHARMACIE pour JEANNE né(e) le 19/11/53 NOUVEAU SOLDE : 2,84		(2206651355)		-1,16
le 07/08/2023 : 0,00 euro(s)					

N° 12541 *02

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

23V26253

du 03 11 2023

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)

PERSONNE RECEVANT LES SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom SCELLO JEANNE

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

numéro d'immatriculation 2531106088163 43

date de naissance 19 11 1953

ASSURÉ(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'ASSURÉ(E)

578 RTE DU BOREON 06450 ST MARTIN VESUBIE

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

Madame SCELLO JEANNE

578 RTE DU BOREON

06450 ST MARTIN VESUBIE

IDENTIFICATION DU MEDECIN

DOCTEUR NICOLAS ROUYER

37 Anatomocytopathologiste

Conventionné

N° RPPS

=>

MEDECIN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

SELAS DIAG

270, Avenue Sainte Marguerite

06200 NICE

SERVICE COURRIER LE

27 DEC. 2023

=> 06 1 75724 1 01 23 1 37

CAB CONV ZID IK SPEC

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS

MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers :

non

oui

date

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "v")
et les recommandations importantes)

MATERNITE

date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement

AT/MP

numéro

all

date

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous

nom et prénom du médecin :

s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante :

DUPLICATA

accès direct spécifique X

urgence

hors résidence habituelle

médecin traitant remplacé

accès hors coordination

ACTES EFFECTUES

(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande :

date de la demande	code de la demande	montant des honoraires	montant des honoraires	montant des honoraires
27 06 2023	ZZQX628	1	20.00	0.00

PAIEMENT

MONTANT TOTAL

en euros (12-3)

20.00

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

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

signature du médecin
ayant effectué
l'acte ou les actessignature de
l'assuré(e)imprimable
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, 433-10, 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.