

N°	Date	Nature de la prestation	Montant de la dépense	RECUPÉRIATION		RECUPÉRIATION		TOTAL Remboursement	Solde Charge	Pièces jointes
				SECUR	RGEFI	SECUR	RGEFI			
1	23-11-23	Pédicure spécialisée	40,-	16,10	6,90			23,-	44,-	Recomptes Séjour + RGEFI
2	24-12-23	"	40,-	16,10	6,90			23,-	44,-	"
3	15-2-24	"	40,-	16,10	6,90			23,-	44,-	"
4	14-3-24	"	40,-	16,10	6,90			23,-	44,-	"
5	10-12-23	Spécialiste ORL	60,-	16,10 (payé direct. au lieu de 16,90)	18,40			34,50	25,50	"
6	8-2-24	Ostéopathe	60,-	0	25,-			25,-	35,-	(pas de séj) Recomptes RGEFI + Factures Ostéo
7	13-3-24	"	60,-	0	25,-			25,-	35,-	
8	26-2-24	Pharmacie								Recomptes Séjour + RGEFI
		Pharmacie								+ ordonnance
		2 x 6,95	13,90	0	0			0	13,90	
		2 x 3,40	6,80	0	0			0	6,80	
		2 x 3,40	6,80	0	0			0	6,80	
		2 x 24,30	48,60	0	0			0	48,60	
		TOTAL	536,10	80,50	96,00			176,50	359,60	76 x 10

SERVICE COURRIER LE  
13 MAI 2024





**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Haut-Rhin

SERVICE COURRIER LE

13 MAI 2024

Mon numéro : 2 48 10 68 066 044 56  
Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
STOLL MONIQUE  
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 HAUT-RHIN 19 BLD CHAMP DE MARS BP 40454  
68022 COLMAR CEDEX  
0316966585 388292 300 Déposé le 22.03.24  
G4 DISTRI QUATRE CI 1505 59 LILLE PIC

Mme STOLL MONIQUE  
15 RUE DES ROSES  
68040 INGERSHEIM

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 14 09 23 au 14 03 24.

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 ALMERYS. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

### vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
	<b>pour MONIQUE né(e) le 13 10 48</b>				
	maladie				
	ref 8161 2333110001559				
<b>23 11 23</b>	<b>PARCOURS COORDONNE - MEDECIN REMPLACE</b>				
	GENERALISTE Sect2 (C)	70,00	23,00	70%	16,10
	participation forfaitaire (PFH)				- 1,00
	ref 8191 2333280006899				

### 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 de soins coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.

<b>30 10 23</b>	<b>ACTE D IMAGERIE pour MONIQUE né(e) le 13 10 48</b>		(2311321986)	- 1,00
<b>23 11 23</b>	<b>PHARMACIE pour MONIQUE né(e) le 13 10 48</b>		(2312104756)	- 0,50
<b>23 11 23</b>	<b>PHARMACIE pour MONIQUE né(e) le 13 10 48</b>		(2312104757)	- 0,50

**28 11 23 : 13,10 euros**

ref 8161 2400510005501

<b>21 12 23</b>	<b>PARCOURS COORDONNE - MEDECIN REMPLACE</b>				
	GENERALISTE Sect2 (C)	70,00	23,00	70%	16,10
	participation forfaitaire (PFH)				- 1,00
	ref 8191 2400880004453				

<b>20 12 23</b>	<b>CONSULTATION SPE. pour MONIQUE né(e) le 13 10 48</b>		(2312904960)	- 1,00
<b>19 12 23</b>	<b>PHARMACIE pour MONIQUE né(e) le 13 10 48</b>		(2312949141)	- 0,50
<b>20 12 23</b>	<b>PHARMACIE 15% pour MONIQUE né(e) le 13 10 48</b>		(2312949142)	- 0,42

**08 01 24 : 13,18 euros**

ref 8161 2405010005980

<b>15 02 24</b>	<b>PARCOURS COORDONNE - MEDECIN REMPLACE</b>				
	GENERALISTE Sect2 (C)	70,00	23,00	70%	16,10



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

Mon numéro : 2 48 10 68 066 044 56

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

STOLL MONIQUE

## vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
	pour MONIQUE né(e) le 13 10 48 maladie ref 8161 2405010005980				
	participation forfaitaire (PFH) ref 8191 2405180007028				- 1,00
22 01 24	ACTE DE KINESI. pour MONIQUE né(e) le 13 10 48		(2402305391)		- 1,00
24 01 24	ACTE DE KINESI. pour MONIQUE né(e) le 13 10 48		(2402305392)		- 0,50
29 01 24	ACTE DE KINESI. pour MONIQUE né(e) le 13 10 48		(2402305393)		- 0,50
31 01 24	ACTE DE KINESI. pour MONIQUE né(e) le 13 10 48		(2402305394)		- 0,50
05 02 24	ACTE DE KINESI. pour MONIQUE né(e) le 13 10 48		(2402305395)		- 0,50

20 02 24 : 12,10 euros

ref 8161 2407840000379

14 03 24	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN REMPLACE GENERALISTE Sect2 (C) participation forfaitaire (PFH) ref 8191 2407980006754	70,00	23,00	70%	16,10 - 1,00
26 02 24	PHARMACIE pour MONIQUE né(e) le 13 10 48		(2403087284)		- 0,50
26 02 24	PHARMACIE pour MONIQUE né(e) le 13 10 48		(2403087285)		- 0,50
12 02 24	ACTE DE KINESI. pour MONIQUE né(e) le 13 10 48		(2403307854)		- 0,50
19 02 24	ACTE DE KINESI. pour MONIQUE né(e) le 13 10 48		(2403307855)		- 0,50
26 02 24	ACTE DE KINESI. pour MONIQUE né(e) le 13 10 48		(2403307856)		- 0,50
07 02 24	ACTE DE KINESI. pour MONIQUE né(e) le 13 10 48		(2403528039)		- 0,50
14 02 24	ACTE DE KINESI. pour MONIQUE né(e) le 13 10 48		(2403528040)		- 0,50
21 02 24	ACTE DE KINESI. pour MONIQUE né(e) le 13 10 48		(2403528041)		- 0,50

19 03 24 : 11,10 euros

## pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	pour MONIQUE né(e) le 13 10 48 maladie ref 8161 2335540016692				
20 12 23	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT ORL Sect2 (CS) participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)	60,00	23,00	70%	16,10 - 1,00
	réglé au destinataire HAZARD GAUTHIER : 16,10 euros ref 8181 2405910016000				
26 02 24	PHARMACIE (PH7) HONOR. DISPENS. (HG7) franchise à retenir (1) (FRT)	14,19 2,76	14,19 2,76	65% 65%	9,22 1,79 - 0,50

13 MAI 2024

Mon numéro : 2 48 10 68 066 044 56

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

STOLL MONIQUE

## pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	<b>pour MONIQUE né(e) le 13 10 48</b>				
	maladie				
	ref 8181 2405910016000				
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33
	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03
	ref 8181 2405910016002				
<b>26 02 24</b>	pharmacie non remboursable (PHN)	<b>13,90</b>			
	pharmacie non remboursable (PHN)	<b>6,80</b>			
	pharmacie non remboursable (PHN)	<b>6,80</b>			
	PHARMACIE (PH4)	2,68	2,68	30%	0,80
	HONOR. DISPENS. (HD4)	1,02	1,02	30%	0,31
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	pharmacie non remboursable (PHN)	<b>48,60</b>			
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33
	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03
	<b>réglé au destinataire SELARL PHARMACIE DE LA CI GOGNE : 14,84 euros</b>				
	ref 8181 2406710017507				
<b>14 09 23</b>	TRAJET AMBULANCE (AIG)	150,00	150,00	100%	150,00

**réglé au destinataire GROUPEMENT AMBULANCIER GR AND EST . : 150,00 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.



13 MAI 2024

**MGEFI**

6, rue Bouchardon CS 50070  
75481 PARIS Cedex 10  
09 69 39 69 29 (appel non surtaxé)

MME STOLL MONIQUE  
15 RUE DES ROSES  
68040 INGERSHEIM

N° sécurité sociale : 2481068066044

Paris, le 28 mars 2024

Chère Adhérente,

Vous trouverez, ci-dessous, le détail de vos remboursements versés par la mutuelle au titre du régime complémentaire pour la période du 30/10/2023 au 28/03/2024.

Date	Nature de la prestation	Montant total de la dépense	Base de remboursement			Part régime obligatoire (pour information)		Part régime complémentaire	
			Prix Unit.	Qté	Coef	Taux	Montant	Taux	Montant
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
13/03/2024	Séance ostéopathe	60,00	-	1	1,00	0%	-	0%	25,00
Total payé au destinataire le 27/03/2024 : 25,00€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
28/02/2024	Rééducation Rachis Non Opéré	16,60	16,60	1	7,51	60%	9,96	40%	6,64
28/02/2024	Actes de kinésithérapie	4,86	4,86	1	2,20	60%	2,92	40%	1,94
06/03/2024	Rééducation Rachis Non Opéré	16,60	16,60	1	7,51	60%	9,96	40%	6,64
06/03/2024	Actes de kinésithérapie	4,86	4,86	1	2,20	60%	2,92	40%	1,94
Total payé au destinataire le 23/03/2024 : 17,16€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
14/03/2024	Consultation	70,00	23,00	1	1,00	70%	16,10	0%	6,90
14/03/2024	Participation forfaitaire HTP	0,00	1,00	1	1,00	100%	-1,00	0%	0,00
Total payé au destinataire le 20/03/2024 : 6,90€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
21/02/2024	Suivi des actes de kiné	16,13	16,13	1	7,50	60%	9,68	40%	6,45
21/02/2024	Suivi des actes de kiné	4,73	4,73	1	2,20	60%	2,84	40%	1,89
14/02/2024	Suivi des actes de kiné	16,13	16,13	1	7,50	60%	9,68	40%	6,45
14/02/2024	Suivi des actes de kiné	4,73	4,73	1	2,20	60%	2,84	40%	1,89
07/02/2024	Suivi des actes de kiné	16,13	16,13	1	7,50	60%	9,68	40%	6,45
07/02/2024	Suivi des actes de kiné	4,73	4,73	1	2,20	60%	2,84	40%	1,89
Total payé au destinataire le 08/03/2024 : 25,02€									



Date	Nature de la prestation	Montant total de la dépense	Base de remboursement			Part régime obligatoire (pour information)		Part régime complémentaire	
			Prix Unit.	Qté	Coef	Taux	Montant	Taux	Montant
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
26/02/2024	Suivi des actes de kiné	16,58	16,58	1	7,50	60%	9,95	40%	6,63
19/02/2024	Suivi des actes de kiné	16,13	16,13	1	7,50	60%	9,68	40%	6,45
12/02/2024	Suivi des actes de kiné	16,13	16,13	1	7,50	60%	9,68	40%	6,45
Total payé au destinataire le 02/03/2024 : 19,53€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
08/02/2024	Séance ostéopathe	60,00	-	1	1,00	-%	-	0%	25,00
Total payé au destinataire le 22/02/2024 : 25,00€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
15/02/2024	Consultation	70,00	23,00	1	1,00	70%	16,10	0%	6,90
15/02/2024	Participation forfaitaire HTP	0,00	1,00	1	1,00	100%	-1,00	0%	0,00
Total payé au destinataire le 21/02/2024 : 6,90€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
31/01/2024	Suivi des actes de kiné	16,13	16,13	1	7,50	60%	9,68	40%	6,45
29/01/2024	Suivi des actes de kiné	16,13	16,13	1	7,50	60%	9,68	40%	6,45
29/01/2024	Suivi des actes de kiné	4,73	4,73	1	2,20	60%	2,84	40%	1,89
24/01/2024	Suivi des actes de kiné	16,13	16,13	1	7,50	60%	9,68	40%	6,45
22/01/2024	Suivi des actes de kiné	16,13	16,13	1	7,50	60%	9,68	40%	6,45
22/01/2024	Suivi des actes de kiné	23,01	23,01	1	10,70	60%	13,81	40%	9,20
05/02/2024	Suivi des actes de kiné	16,13	16,13	1	7,50	60%	9,68	40%	6,45
Total payé au destinataire le 10/02/2024 : 43,34€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
21/12/2023	Consultation	70,00	23,00	1	1,00	70%	16,10	0%	6,90
21/12/2023	Participation forfaitaire HTP	0,00	1,00	1	1,00	100%	-1,00	0%	0,00
Total payé au destinataire le 09/01/2024 : 6,90€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
20/12/2023	Consultation spécialiste	60,00	23,00	1	1,00	70%	16,10	0%	18,40
20/12/2023	Participation forfaitaire TP	0,00	1,00	1	1,00	100%	-1,00	0%	0,00
Total payé au destinataire le 30/12/2023 : 18,40€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
20/12/2023	Pharmacie PH2	1,77	1,77	1	1,00	15%	0,27	85%	1,50
20/12/2023	Hono. Simple conditionnement normal	1,02	1,02	1	1,00	15%	0,15	85%	0,87
20/12/2023	Honoraire de dispensation	0,51	0,51	1	1,00	65%	0,33	35%	0,18
20/12/2023	Honoraire de dispensation	1,58	1,58	1	1,00	65%	1,03	35%	0,55
Total payé au destinataire le 23/12/2023 : 3,10€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
19/12/2023	Pharmacie PH7	4,51	4,51	1	1,00	65%	2,93	35%	1,58
19/12/2023	Hono. Simple conditionnement normal	1,02	1,02	1	1,00	65%	0,66	35%	0,36
19/12/2023	Honoraire de dispensation	0,51	0,51	1	1,00	65%	0,33	35%	0,18
19/12/2023	Honoraire de dispensation	1,58	1,58	1	1,00	65%	1,03	35%	0,55
19/12/2023	Honoraire de dispensation	3,57	3,57	1	1,00	65%	2,32	35%	1,25
Total payé au destinataire le 23/12/2023 : 3,92€									



13 MAI 2024

Date	Nature de la prestation	Montant total de la dépense	Base de remboursement			Part régime obligatoire (pour information)		Part régime complémentaire	
			Prix Unit.	Qté	Coef	Taux	Montant	Taux	Montant
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
14/09/2023	FORFAIT PATIENT URGENCE	19,61	-	1	1,00	-%	-	0%	19,61
Total payé au destinataire le 13/12/2023 : 19,61€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
23/11/2023	Consultation	70,00	23,00	1	1,00	70%	16,10	0%	6,90
23/11/2023	Participation forfaitaire HTP	0,00	1,00	1	1,00	100%	-1,00	0%	0,00
Total payé au destinataire le 29/11/2023 : 6,90€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
23/11/2023	Pharmacie PH4	2,68	2,68	1	1,00	30%	0,80	70%	1,88
23/11/2023	Hono. Simple conditionnement normal	1,02	1,02	1	1,00	30%	0,31	70%	0,71
23/11/2023	Pharmacie PH7	14,19	14,19	1	1,00	65%	9,22	35%	4,97
23/11/2023	Hono. Simple grand conditionnement	2,76	2,76	1	1,00	65%	1,79	35%	0,97
23/11/2023	Pharmacie Non Remboursable	42,00	-	1	1,00	-%	-	0%	0,00
23/11/2023	Honoraire de dispensation	0,51	0,51	1	1,00	65%	0,33	35%	0,18
23/11/2023	Honoraire de dispensation	1,58	1,58	1	1,00	65%	1,03	35%	0,55
Total payé au destinataire le 27/11/2023 : 9,26€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
30/10/2023	Acte d'Imagerie	69,00	69,00	1	1,00	70%	48,30	0%	20,70
30/10/2023	Participation forfaitaire TP	0,00	1,00	1	1,00	100%	-1,00	0%	0,00
30/10/2023	Acte d'Imagerie	0,75	0,75	1	1,00	70%	0,53	0%	0,22
Total payé au destinataire le 11/11/2023 : 20,92€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
16/10/2023	Séance ostéopathie	60,00	-	1	1,00	-%	-	0%	25,00
Total payé au destinataire le 08/11/2023 : 25,00€									
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
26/10/2023	Consultation	70,00	23,00	1	1,00	70%	16,10	0%	6,90
26/10/2023	Participation forfaitaire HTP	0,00	1,00	1	1,00	100%	-1,00	0%	0,00
Total payé au destinataire le 01/11/2023 : 6,90€									

Nous restons à votre disposition pour toute précision et vous prions de recevoir, Chère Adhérente, nos sincères salutations mutualistes.



13 MAI 2024

**MGEFI**

6, rue Bouchardon CS 50070  
75481 PARIS Cedex 10  
09 69 39 69 29 (appel non surtaxé)

Mme STOLL Monique  
15 RUE DES ROSES  
68040 INGERSHEIM

Votre numéro de contrat : 11078816

Paris, le 29 avril 2024

Chère adhérente,

Vous trouverez, ci-dessous, le détail de vos remboursements versés par la mutuelle au titre du régime complémentaire.

Date	Nature de la prestation	Montant total de la dépense	Base de remboursement			Part régime obligatoire (pour information)		Part régime complémentaire	
			Prix Unit.	Qté	Coef	Taux	Montant	Taux	Montant
Pour MONIQUE né(e) le 13/10/1948									
26/02/2024	Hono. Simple conditionnement normal	1,02	1,02	1	1,0	30	0,31	0	0,71
26/02/2024	Honoraire de dispensation	0,51	0,51	1	1,0	65	0,33	0	0,18
26/02/2024	Honoraire de dispensation	1,58	1,58	1	1,0	65	1,03	0	0,55
26/02/2024	Participation franchise TP	0,00	0,50	1	1,0	100	0,50	0	0,00
PREST EXONEREE PAR RO									
26/02/2024	Pharmacie Non Remboursable ACTE HORS PERIMETRE	13,90	13,90	1	1,0	0	0,00	0	0,00
26/02/2024	Pharmacie Non Remboursable ACTE HORS PERIMETRE	6,80	6,80	1	1,0	0	0,00	0	0,00
26/02/2024	Pharmacie Non Remboursable ACTE HORS PERIMETRE	6,80	6,80	1	1,0	0	0,00	0	0,00
26/02/2024	Pharmacie Non Remboursable ACTE HORS PERIMETRE	48,60	48,60	1	1,0	0	0,00	0	0,00
26/02/2024	Pharmacie PH4	2,68	2,68	1	1,0	30	0,80	0	1,88
Total payé au destinataire le 27/04/2024 sur le compte n° FR7610278#####034 : 3,32 €									

Les montants de la part du régime obligatoire vous sont indiqués à titre indicatif sous réserve de la législation en vigueur et des retenues prévues dans le cadre des participations forfaitaires et franchises médicales.

Nous restons à votre disposition pour toute précision et vous prions de recevoir, Chère adhérente, nos sincères salutations mutualistes.



13 MAI 2024

**MGEFI**

6 RUE BOUCHARDON CS 50070  
75010 PARIS  
0969 396 929 (appel non surtaxé)

Mme STOLL Monique  
15 RUE DES ROSES  
68040 INGERSHEIM

Votre numéro de contrat : 11078816  
Bénéficiaire des soins : MONIQUE STOLL

**Objet : Refus de remboursement**

Paris, le 26 avril 2024

Chère adhérente,

Nous accusons réception de votre demande de remboursement concernant MONIQUE STOLL pour la pharmacie non remboursable du 26 février 2024 d'un montant total de 76,10 euros.

Après étude, nous vous informons ne pouvoir donner une suite favorable à votre demande pour le motif suivant :

- La pharmacie non remboursable par le régime obligatoire n'est pas couverte par votre contrat MGEFI .

Nous restons à votre disposition pour toute précision complémentaire au 0969 396 929 (prix d'un appel local depuis un poste fixe) et vous prions de recevoir, chère adhérente, nos sincères salutations mutualistes.

Votre Centre de Gestion Mgéfi





## 682 reg.1 FACTURE No.240013586 PAIEMENT A L'ASSURE

26/02/2024, ord. 15/02/2024, CV 1P

Assuré : STOLL MONIQUE

Nss : 2 48 10 68 066 044 56 Né(e) le : 13/10/1948

Bénéficiaire : STOLL MONIQUE

Né(e) le : 13/10/1948

SERVICE COURRIER LE

13 MAI 2024

Medecin : SIMMLER CLAUDE N.Id: 67 1 73156.0

Caisse: 682, Centre: 8191 ( 01 682 8191 CPAM MULHOUSE 8 )

Qté	Libellé	Identifiant	Prix U	Base Remb	Honoraire	Taux Re
2	HOMEOPTIC COLLYRE 10UNID/0.4ML	3400935875143	6,95	-	-	0%
2	NUX VOMICA COMP BOIR GRIS 4G 1	3400930204450	3,40	-	-	0%
2	EUPHRASIA OFF. 9CH TG BOI	3400302988162	3,40	-	-	0%
1	FLECTOR 1% GEL FL/100G	3400937784214	2,68	2,68	1,02	30%
2	ARN.D20...RHU.D8 GT 60	3400113319889	24,30	-	-	0%
1	Honoraire de médicaments remboursables		-	-	0,51	65%
1	Honoraire lié à l'âge		-	-	1,58	65%

MONTANT TOTAL : 81,89EUR

MONTANT ASSURANCE MALADIE : 2,47EUR

MONTANT ASSURE : 79,42EUR

MONTANT COMPLEMENTAIRE : 0,00EUR

Ces montants s'entendent avant déduction, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

PHARMACIE DE LA CROIX

127 route d'Ingersheim

68000 COLMAR

TEL : 0389790726

ID 682011564 PPS 1010014386 OP: 14

6,95 x 2

3,40 x 4

24,30 x 2

13,90

6,80

6,80

48,60

Ph.

non  
remboursable

Honoraires



**Docteur Claude SIMMLER**

67 1 03156 5  
8 10002414422

1, boulevard de Nancy  
67600 SELESTAT  
Tél. : 03.88.92.25.96

**MEDECINE GENERALE  
ACUPUNCTURE  
HOMEOPATHIE**

Consultations uniquement sur rendez-vous

Ouverture du secrétariat :

Lundi : 8h00 - 16h00  
Mardi : 8h00 - 12h00 /  
14h00 - 19h00  
Mercredi : 8h00 - 13h00  
Jeudi : 8h00 - 12h00 /  
14h00 - 18h00  
Vendredi : 8h00 - 12h00

cabinetmedicalsimpler@outlook.fr

SERVICE COURRIER LE

13 MAI 2024

SELESTAT, 15/02/2024

**Madame STOLL Monique 75 ans Féminin**

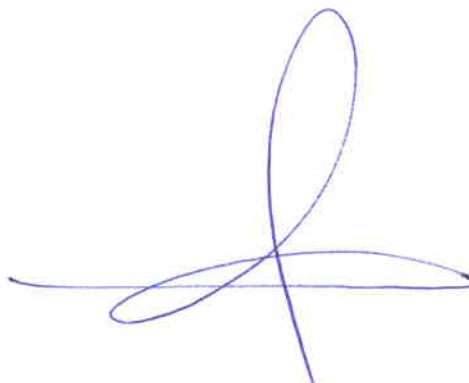
~ zanidip 20 mg 1x jour	1 boîte de 90
homéoptique collyre	2 boîtes
nux vomica comp	2 tubes
euphrasia 9ch	2 tubes
Flector gel flacon pompe	1 flacon pompe

~arnica montana d20  
~bambusa d6  
~disques vert. d8  
~formica rufa d8  
~gelsemium semper d6  
~gnaphalium leon d4  
~rhus tox d8 aa  
30gttes 3x jour

qsp 1 mois

Prescription à but thérapeutique en l'absence de spécialités équivalentes disponibles  
(dos)

AR 1x



682 reg.1 FACTURE No.240013584  
26/02/2024, ord. 15/02/2024, CV TP  
STOLL MONIQUE  
Total: 19,04EUR SS: 12,37EUR Mut: 0,00EUR Assuré: 6,67EUR

1x16,95EUR 7 34009 3722886 2 ZANIDIP 20MG CPR PELL PLQ  
1x0,51EUR \*Honoraire de dispensation remboursables  
1x1,58EUR \*Honoraire de dispensation lié à l'âge

PHARMACIE DE LA CIGOGNE  
TEL : 0389790726  
682011564 OP : 14

682 reg.1 FACTURE No.240013586  
26/02/2024, ord. 15/02/2024, CV TP  
STOLL MONIQUE  
Total: 33,29EUR PAIEMENT À L'ASSURÉ  
2x6,95EUR 0 34009 3587514 3 HOMEOPTIC COLLYRE 10UNID/  
2x3,40EUR 0 34009 3020445 0 NUX VOMICA COMP BOIR GRLS  
2x3,40EUR 0 34003 0298816 2 EUPHRASIA OFF. 9CH TG BOI  
1x3,70EUR 4 34009 3778421 4 FLECTOR 1% GEL FL/100G  
1x0,51EUR \*Honoraire de dispensation remboursables  
1x1,58EUR \*Honoraire de dispensation lié à l'âge  
PHARMACIE DE LA CIGOGNE  
TEL : 0389790726  
682011564 OP : 14

Note d'honoraires

SERVICE COURRIER LE

E.I.MANCS Pierre ostéopathe D.O

13 MAI 2024

2 rue de la Tuilerie 68420 EGUISHHEIM

Numéro Siret : 48378146400027 851HO

Numéro ADELI : 680000148

Membre du SFDO (Syndicat français des ostéopathes)

1 Consultation concernant :

Re Stoff Noire (13/10/48)

Règlement :

Cleje

Prix de la consultation : 60€

MANCS Pierre  
Membre du S.F.D.O  
2, rue de la Tuilerie - 68 EGUISHHEIM  
Siret 483 781 464 00027 - NAF 851HO  
Tél. 03 89 800 293

Rece

Le

8/02/24.







SERVICE COURRIER LE

13 MAI 2024

Note d'honoraires

E.I.MANCS Pierre ostéopathe D.O  
2 rue de la Tuilerie 68420 EGUISHHEIM  
Numéro Siret : 48378146400027 851HO  
Numéro ADELI : 680000148  
Membre du SFDO (Syndicat français des ostéopathes)

1 Consultation concernant :

Règlement : *cheque*

*Mr Stoll Monique (B/10/48)*

Prix de la consultation : 60€

*payée*

MANCS Pierre  
Membre du S.F.D.O  
2, rue de la Tuilerie - 68 EGUISHHEIM  
Siret 483 781 464 00027 - NAF 851HC  
Tél. 03 89 800 293

Le

*13/03/24*

