



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bas-Rhin

SERVICE COURRIER LE

15 MAI 2024

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

Mon numéro : 2 29 06 67 204 002 53

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

KLEIN ANNE

Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.

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

Mme KLEIN ANNE

14 RUE DU SERPENT

67700 SAVERNE

3646

Service gratuit
+ prix appel

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 08 11 23 au 07 02 24.

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
pour ANNE né(e) le 02 06 29					
maladie					
ref 6610 2331710005419					
08 11 23	ORTHESE (PA+PC)	96,20	59,56	90%	53,60
	PHARMACIE (PH7+PC)	15,76	10,53	100%	10,53
	HONOR. DISPENS. (HG7+PC)	2,76	2,76	100%	2,76
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	11,49	11,49	100%	11,49
	HONOR. DISPENS. (HG7+PC)	2,76	2,76	100%	2,76
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,11	1,11	90%	1,00
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	90%	0,92
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR. DISPENS. REM (HDR+PC)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR. DISP. AGE (HDA+PC)	1,58	1,58	100%	1,58
	HONOR. DISP. SPEC (HDE+PC)	3,57	3,57	100%	3,57
LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE					
réglé au destinataire PHARMACIE DE LA GARE : 88,72 euros					
ref 6610 2400210022305					
28 12 23	PHARMACIE (PH7+PC)	2,22	2,22	90%	2,00
	HONOR. DISPENS. (2 HD7+PC)	2,04	2,04	90%	1,84
	franchise à retenir (1) (2 FRT)				- 1,00
	HONOR. DISPENS. REM (HDR+PC)	0,51	0,51	90%	0,46
	HONOR. DISP. AGE (HDA+PC)	1,58	1,58	90%	1,42
LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE					
réglé au destinataire PHARMACIE DE LA GARE : 5,72 euros					
ref 6610 2404010021564					
07 02 24	PHARMACIE (PH7+PC)	15,76	10,53	100%	10,53
	HONOR. DISPENS. (HG7+PC)	2,76	2,76	100%	2,76
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50



Pour trouver des infos santé fiables et claires, je vais sur ameli.fr/assure/sante

0040V26.01.02 / X

17088

17088

818902630417987000



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bas-Rhin

Mon numéro : 2 29 06 67 204 002 53

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

KLEIN ANNE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	remboursement	base du taux	montant payé
	pour ANNE né(e) le 02 06 29				
	maladie				
	ref 6610 2404010021564				
	PHARMACIE (PH7+PC)	11,49	11,49	100%	11,49
	HONOR. DISPENS. (HG7+PC)	2,76	2,76	100%	2,76
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	3,33	3,33	90%	2,99
	HONOR. DISPENS. (3 HD7+PC)	3,06	3,06	90%	2,75
	franchise à retenir (1) (3 FRT)				- 1,50
	PHARMACIE 15% (PH2+PC)	2,51	2,51	15%	0,38
	HONOR. DISPENS. (HD2+PC)	1,02	1,02	15%	0,15
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	2,32	2,32	90%	2,09
	HONOR. DISPENS. (2 HD7+PC)	2,04	2,04	90%	1,84
	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. AGE (HDA+PC)	1,58	1,58	100%	1,58
	HONOR. DISP. SPEC (HDE+PC)	3,57	3,57	100%	3,57

LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE

réglé au destinataire PHARMACIE DE LA GARE : 43,71 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.

FACTURE Ticket Modérateur N° 230037453destinée à la mutuelle pour la prise en charge éventuelle du ticket modérateur de
réglé par le client pour les produits ci-après :**41,87 EUR****SERVICE COURRIER****15 MAI 2024****PHARMACIE DE LA GARE****M. Kremer et Mme Bihler****24 grand rue****67700 SAVERNE****672034394 OP : 10 08/11/2023 16:03****Nbre Pds : 8****N INSEE : 2 29 06 67 204 002 53****Assuré : KLEIN ANNE****Adresse : 14 RUE DU SERPENT 67700 SAVERNE****Bénéf : KLEIN ANNE****Date Nais : 02/06/1929****Date Facture : 08/11/2023****Date Ordonnance : 06/11/2023****Médecin : SUSS CLAUDE****N : 671066652**

Total	PH4	PH7	PH1	LPP	NR	PH2	Produit	TVA%
1 x 15,76 PH7	15,76	10,53			5,23		3400938154931 TAREG 80MG CPR BT 90	2,1
1 x 2,76 HG7	2,76	2,76					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
1 x 11,49 PH7	11,49	11,49					3400930227312 BISOPROLOL 1,25MG REF CPR	2,1
1 x 2,76 HG7	2,76	2,76					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
1 x 1,11 PH7	1,11	1,11					3400930153789 CHOLECALCIFEROL 100 000UI	2,1
1 x 1,02 HD7	1,02	1,02					HONORAIRE DE DISPENSATION	2,1
2 x 48,10 PA	96,20			59,56	36,64		4042809496765 RAD BAS QOTON2 T1M NATUR	5,5
1 x 0,51 HDR	0,51		0,51				HONORAIRE DE MEDICAM. REMB.	2,1
1 x 1,58 HDA	1,58		1,58				HONORAIRE LIE A L'AGE	2,1
1 x 3,57 HDE	3,57		3,57				HONORAIRE DE MEDICAM. SPEC.	2,1
Totaux	136,76	0,00	29,67	5,66	59,56	41,87	0,00	
Part Sécu	88,72							
Part Mutu	6,17							
Part Assuré	41,87							

CPAM DU BAS RHIN 6261 01 673 6261

MUT EST SALARIES No MUTUELLE : 57499

SERVICE COURRIER LE

15 MAI 2024

Anne KLEIN
14 rue du Serpent
67700 SAVERNE
Tél. : 03.88.91.38.79

SAVERNE, le 13 Mai 2024

MUTEST
11 Boulevard Wilson
67082 STRASBOURG CEDEX

N° Adhérente : **57499**
N° Sécurité Sociale : **2 29 06 67 204 002 53**

Objet : demande de remboursement

Madame, Monsieur,

Je vous adresse, ci-jointes, une facture de la Pharmacie de la Gare de Saverne, ainsi que le décompte de la CPAM correspondant, relatifs à l'achat de **2 paires de bas de contention**.

Je souhaiterais obtenir de votre part le remboursement de la partie non prise en charge par la CPAM et vous prie de bien vouloir me faire virer le montant correspondant.

Dans cette attente,

Recevez Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

A. Klein

P.J. : - Facture Pharmacie de la Gare N° 230037453 du 08/11/2023
- Décompte CPAM

