



**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	base du remboursement	taux	montant payé	organisme complémentaire
	<b>pour MARIE-JOSE né(e) le 18 02 59</b>					<i>taux</i>
	<b>maladie</b>					<i>prix</i>
	<i>ref 3600 2236050003915</i>					
	<b>HONOR.DISPENS.REM (HDR)</b>	<b>0,51</b>	<b>0,51</b>	<b>100%</b>	<b>0,51</b>	

**réglé au destinataire SELARL PHARMACIE CENTRALE : 9,61 euros**



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Haute-Marne

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

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
	<b>pour MARIE-JOSE né(e) le 18 02 59</b> maladie <i>ref 3530 2231840001199</i>				
<b>10 11 22</b>	<b>HORS PARCOURS COORDONNE</b> C GENERALISTE Sect1 (G)	25,00	25,00	100%	25,00
	<b>réglé au destinataire SANDU MARIAN : 25,00 euros</b> <i>ref 3600 2232550002540</i>				
<b>18 11 22</b>	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)	1,26	1,26	100%	1,26
	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)	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
	<b>réglé au destinataire PHARMACIE PRINCIPALE : 32,87 euros</b> <i>ref 3520 2234110000122</i>				
<b>04 11 22</b>	AUTRES APP. LPP (AAR)	62,32	62,32	100%	62,32
	<b>réglé au destinataire AIR + : 62,32 euros</b> <i>ref 3530 2235540001529</i>				
<b>20 12 22</b>	<b>HORS PARCOURS COORDONNE</b> C GENERALISTE Sect1 (G)	25,00	25,00	100%	25,00
	<b>réglé au destinataire SANDU MARIAN : 25,00 euros</b> <i>ref 3530 2236040000363</i>				
<b>23 12 22</b>	<b>HORS PARCOURS COORDONNE</b> C GENERALISTE Sect1 (G)	25,00	25,00	100%	25,00
	<b>réglé au destinataire SANDU MARIAN : 25,00 euros</b> <i>ref 3600 2236110001010</i>				
<b>25 12 22</b>	PHARMACIE (PH7)	3,48	3,48	100%	3,48
	HONOR. DISPENS. (3 HD7)	3,06	3,06	100%	3,06
	PHARMACIE (PH7)	8,42	8,42	100%	8,42
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02



HFE Research Marie - Good 4 chemin de la cote  
pour APT 222 52400 Boudonne



**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	base du remboursement	taux	montant payé
	<b>pour MARIE-JOSE né(e) le 18 02 59</b> maladie <i>ref 3600 2236110001010</i>				
	PHARMACIE (PH7)	3,94	3,94	100%	3,94
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	PHARMACIE (PH7)	21,52	21,52	100%	21,52
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	URGENCE PHARMACIE (UPH)		5,00	100%	5,00
	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 S.E.L.A.R.L. PHARMACIE DE LA CITA. : 52,56 euros</b> <i>ref 3510 2300240000063</i>				
28 12 22	TAXI (TXI)	285,88	285,88	100%	285,88
	<b>réglé au destinataire ELIE ET DIDIER TAXI : 285,88 euros</b> <i>ref 3530 2300440000887</i>				
03 01 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> <i>ref 3520 2300510002523</i>				
22 12 22	ACTE BIOLOGIE (B 153,00)	41,31	41,31	100%	41,31
	<b>réglé au destinataire BC LAB - LABORATOIRE CHAU MONT REP. : 41,31 euros</b> <i>ref 3520 2300610000995</i>				
02 12 22	AUTRES APP. LPP (AAR)	77,90	77,90	100%	77,90
	<b>réglé au destinataire AIR + : 77,90 euros</b> <i>ref 3600 2300950002068</i>				
03 01 23	PHARMACIE (PH7)	5,97	5,97	100%	5,97
	HONOR. DISPENS. (3 HD7)	3,06	3,06	100%	3,06
	pharmacie non remboursable (PHN)	4,90			
	PHARMACIE (PH7)	3,94	3,94	100%	3,94
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	PHARMACIE (PH7)	1,16	1,16	100%	1,16
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	100%	1,02
	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 PHARMACIE PRINCIPALE : 20,25 euros</b>				



**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 10 02 23 au 14 04 23.

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
<b>pour MARIE-JOSE né(e) le 18 02 59</b>					
maladie					
ref 3600 2304610004335					
10 02 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)	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
	HONOR. DISPENS. (HD4)	1,02	1,02	30%	0,31
	PHARMACIE (PH4)	3,30	3,30	30%	0,99
	HONOR. DISPENS. (HD4)	1,02	1,02	30%	0,31
	HONOR. DISPENS. (HC)	0,31	0,31	100%	0,31
LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE					
10 02 23	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					
<b>régulé au destinataire PHARMACIE PRINCIPALE : 30,34 euros</b>					
ref 3600 2310710001337					
07 04 23	ORTHESE (PA+PC)	44,80	29,78	100%	29,78
	PHARMACIE (PH7+PC)	8,80	8,80	100%	8,80
	HONOR. DISPENS. (4 HD7+PC)	4,08	4,08	100%	4,08
	franchise à retenir (1) (4 FRT)				- 2,00
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,69	1,69	100%	1,69
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	3,64	3,64	100%	3,64
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	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)



**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
	<b>pour MARIE-JOSE né(e) le 18 02 59</b>				
	maladie				
	ref 3600 2310710001337				
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	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
	PHARMACIE (PH4+PC)	1,72	1,72	30%	0,52
	HONOR. DISPENS. (HD4+PC)	1,02	1,02	30%	0,31
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
07 04 23	PHARMACIE (PH4+PC)	3,22	3,22	30%	0,97
	HONOR. DISPENS. (HD4+PC)	1,02	1,02	30%	0,31
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	pharmacie non remboursable (PHN+PC)	6,95			
	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
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	<b>réglé au destinataire PHARMACIE PRINCIPALE : 64,61 euros</b>				
	ref 3600 2311110003181				
14 04 23	PHARMACIE (PH4+PC)	3,22	3,22	30%	0,97
	HONOR. DISPENS. (HD4+PC)	1,02	1,02	30%	0,31
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	3,48	3,48	100%	3,48
	HONOR. DISPENS. (3 HD7+PC)	3,06	3,06	100%	3,06
	franchise à retenir (1) (3 FRT)				- 1,50
	PHARMACIE (PH4+PC)	13,32	13,32	30%	4,00
	HONOR. DISPENS. (HD4+PC)	1,02	1,02	30%	0,31
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	3,58	3,58	100%	3,58
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR. DISPENS. REM (HDR+PC)	0,51	0,51	100%	0,51
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	<b>réglé au destinataire PHARMACIE PRINCIPALE : 17,24 euros</b>				



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Haute-Marne

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 2023

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	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.







**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Haute-Marne

SERVICE COURRIER LE

17 JUL. 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 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 dépense	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	base du remboursement	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**