

adhérent N° 164 183

Mon numéro : 2 33 04 75 114 845 11  
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :  
 PRACHE 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 DE LA SOMME 8 PLACE LOUIS SELLIER  
 80021 AMIENS CEDEX 1

Mme PRACHE MONIQUE  
 3 PL DU GRAND RIEZ  
 80200 ATHIES

SERVICE COURRIER LE  
 08 FEV. 2024

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 28 07 23 au 18 08 23.

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

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépendance	base du remboursement	taux	montant payé
	<b>pour MONIQUE née le 21 04 33</b> maladie ref 2401 2321510002302				
<b>28 07 23</b>	SUIVI AUDIOPROTH. (SUI)	0,01	0,01	100%	0,01
	<b>réglé au destinataire LABORATOIRE D'AUDITION : 0,01 euros</b> ref 2401 2323710000543				
<b>18 08 23</b>	SUIVI AUDIOPROTH. (SUI)	0,01	0,01	100%	0,01
	<b>réglé au destinataire LABORATOIRE D'AUDITION : 0,01 euros</b>				







# l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

Somme

adhérent N° 164 188

Mon numéro : 2 33 04 75 114 845 11

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

PRACHE 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 DE LA SOMME 8 PLACE LOUIS SELLIER  
80021 AMIENS CEDEX 1  
0311935118 363344 300  
eco'pli CI 1505 24.11.23 14 14 S3C5 A

Mme PRACHE MONIQUE  
3 PL DU GRAND RIEZ  
80200 ATHIES

SERVICE COURRIER LE  
08 FEV. 2024

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 02 10 23 au 14 11 23.

Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte.

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.

## vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
	<b>pour MONIQUE né(e) le 21 04 33</b>				
	maladie				
	ref 2361 2327640009900				
<b>02 10 23</b>	<b>HORS PARCOURS COORDONNE</b>				
	V GENERALISTE Sect1 (VG)				
	participation forfaitaire (PFH)	25,00	25,00	70%	17,50
	MAJ. DEPLACEMENT (MD)				- 1,00
	IND.KILOMETRIQUE (18 IK)	10,00	10,00	70%	7,00
	ref 2041 2327780001559	10,98	10,98	100%	10,98

### 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>01 07 23</b>	<b>PHARMACIE pour MONIQUE né(e) le 21 04 33</b>	(2305544215)	- 3,50
<b>25 07 23</b>	<b>PHARMACIE pour MONIQUE né(e) le 21 04 33</b>	(2306067075)	- 4,00
<b>23 08 23</b>	<b>PHARMACIE pour MONIQUE né(e) le 21 04 33</b>	(2306584830)	- 8,00
<b>23 08 23</b>	<b>PHARMACIE pour MONIQUE né(e) le 21 04 33</b>	(2306584831)	- 1,00

**04 10 23 : 17,98 euros**

ref 2361 2331840007273

13 11 23	HORS PARCOURS COORDONNE				
	V GENERALISTE Sect1 (VG)				
	participation forfaitaire (PFH)	26,50	26,50	70%	18,55
	MAJ. DEPLACEMENT (MD)				- 1,00
	IND.KILOMETRIQUE (18 IK)	10,00	10,00	70%	7,00
	ref 2041 2331980001395	10,98	10,98	100%	10,98
02 10 23	PHARMACIE pour MONIQUE né(e) le 21 04 33				
03 11 23	PHARMACIE pour MONIQUE né(e) le 21 04 33			(2307382222)	- 2,50
				(2308012121)	- 2,00



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

Somme

Mon numéro : 2 33 04 75 114 845 11

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

PRACHE MONIQUE

### vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
	<b>pour MONIQUE né(e) le 21 04 33</b>				
	maladie				
	ref 2041 2331980001395				
	<b>15 11 23 : 31,03 euros</b>				

### pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	<b>pour MONIQUE né(e) le 21 04 33</b>				
	maladie				
	ref 2301 2331050004868				
<b>03 11 23</b>	PHARMACIE (PH7)	11,75	11,75	65%	7,64
	COMPL. A 100% (PH7)		11,75	35%	4,11
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66
	COMPL. A 100% (HD7)		1,02	35%	0,36
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33
	COMPL. A 100% (HDR)		0,51	35%	0,18
	HONOR. DISP. AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03
	COMPL. A 100% (HDA)		1,58	35%	0,55
	<b>réglé au destinataire PHIE DE RUIELLE : 14,86 euros</b>				
	ref 2321 2332040000539				
<b>14 11 23</b>	SOINS INFIRMIERS (AMI 2,40)	7,56	7,56	60%	4,54
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	ref 2321 2332040000540				
<b>14 11 23</b>	SOINS INFIRMIERS (AMI 1,50)	4,73	4,73	60%	2,84
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	IND. FORF. DEPL. AM (IFA)	2,50	2,50	60%	1,50
	IND. KILOMETRIQUE (4 IK)	1,40	1,40	100%	1,40
	<b>réglé au destinataire DELEFORTRIE MARTINE : 10,28 euros</b>				

(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

Somme

adhérent N 164 183

Mon numéro : 2 33 04 75 114 845 11

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

PRACHE 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 DE LA SOMME 8 PLACE LOUIS SELLIER  
80021 AMIENS CEDEX 1

Mme PRACHE MONIQUE  
3 PL DU GRAND RIEZ  
80200 ATHIES

SERVICE COURRIER LE  
08 FEV. 2024

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 25 07 23 au 14 11 23.

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépense	remboursement	base du taux	montant payé
<b>pour MONIQUE né(e) le 21 04 33</b>					
maladie					
ref 2301 2320910006241					
25 07 23	PHARMACIE (PH7)	0,73	0,73	65%	0,47
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	4,04	4,04	65%	2,63
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	4,64	4,64	65%	3,02
	HONOR. DISPENS. (4 HD7)	4,08	4,08	65%	2,65
	franchise à retenir (1) (4 FRT)				- 2,00
	PHARMACIE (PH7)	2,62	2,62	65%	1,70
	HONOR. DISPENS. (2 HD7)	2,04	2,04	65%	1,33
	franchise à retenir (1) (2 FRT)				- 1,00
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33
	HONOR. DISP. AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03
	HONOR. DISP. SPEC (HDE)	3,57	3,57	65%	2,32
LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE					
<b>réglé au destinataire PHIE DE RUIELLE : 16,80 euros</b>					
ref 2301 2323710002114					
23 08 23	PHARMACIE (PH7)	4,04	4,04	65%	2,63
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	0,73	0,73	65%	0,47
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	3,93	3,93	65%	2,55
	HONOR. DISPENS. (3 HD7)	3,06	3,06	65%	1,99
	franchise à retenir (1) (3 FRT)				- 1,50
	PHARMACIE (PH7)	12,76	12,76	65%	8,29
	HONOR. DISPENS. (11 HD7)	11,22	11,22	65%	7,29



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

Somme

Mon numéro : 2 33 04 75 114 845 11

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

PRACHE MONIQUE

**pour votre information**

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	<b>pour MONIQUE né(e) le 21 04 33</b>				
	maladie				
	ref 2301 2323710002114				
	franchise à retenir (1) (11 FRT)				- 5,50
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33
	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03
	HONOR.DISP.SPEC (HDE)	3,57	3,57	65%	2,32
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	ref 2301 2323710003025				
<b>23 08 23</b>	PHARMACIE (PH7)	2,82	2,82	65%	1,83
	HONOR. DISPENS. (2 HD7)	2,04	2,04	65%	1,33
	franchise à retenir (1) (2 FRT)				- 1,00
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33
	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03
	HONOR.DISP.SPEC (HDE)	3,57	3,57	65%	2,32
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	<b>régulé au destinataire PHIE DE RUIELLE : 35,06 euros</b>				
	ref 2301 2327710002230				
<b>02 10 23</b>	PHARMACIE (PH7)	3,93	3,93	65%	2,55
	HONOR. DISPENS. (3 HD7)	3,06	3,06	65%	1,99
	franchise à retenir (1) (3 FRT)				- 1,50
	PHARMACIE (PH7)	0,73	0,73	65%	0,47
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	4,04	4,04	65%	2,63
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33
	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03
	HONOR.DISP.SPEC (HDE)	3,57	3,57	65%	2,32
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	<b>régulé au destinataire PHIE DE RUIELLE : 12,64 euros</b>				
	ref 2301 2331050004866				
<b>03 11 23</b>	PHARMACIE (PH7)	0,73	0,73	65%	0,47
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	8,08	8,08	65%	5,25
	HONOR. DISPENS. (2 HD7)	2,04	2,04	65%	1,33
	franchise à retenir (1) (2 FRT)				- 1,00



# l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

Somme

SERVICE COURRIER LE  
08 FEV. 2024

adhérent N 164 183

Mon numéro : 2 33 04 75 114 845 11

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

PRACHE MONIQUE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépende	base du remboursement	taux	montant payé
	<b>pour MONIQUE né(e) le 21 04 33</b>				
	maladie				
	ref 2301 2331050004866				
	PHARMACIE (PH7)	2,04	2,04	65%	1,33
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33
	HONOR. DISP. AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03
	HONOR. DISP. SPEC (HDE)	3,57	3,57	65%	2,32
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	<b>réglé au destinataire PHIE DE RUELLE : 13,38 euros</b>				
	ref 2301 2332010018139				
14 11 23	ACTE BIOLOGIE (B 106,00)	27,56	27,56	60%	16,54
	participation forfaitaire à retenir (1) (4 PFT)				- 4,00
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	<b>réglé au destinataire LABO BIO MEDICALE "LUC GA MBET" : 16,54 euros</b>				

(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.

