



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Vendée

SERVICE COURRIER LE
13 MAI 2024

Mon numéro : 1 55 08 41 199 010 93

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

JOUANNEAU DOMINIQUE

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 VENDEE RUE ALAIN

85931 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9

0316647080 386681 350 Déposé le 15.03.24

G4 DISTRI QUATRE CI 1505 14 S3C5 A

M. JOUANNEAU DOMINIQUE

1 RUE DU MAUVAIS TRAIT

85470 BRETIGNOLLES SUR MER

Monsieur,

Voici le détail des versements vous concernant pour la journée du 20 01 24.

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
	pour DOMINIQUE né(e) le 02 08 55				
	maladie				
	ref 7021 2404355007934				
20 01 24	URGENCE				
	ECHO OU DOPPLER . Non conv (ADE)	65,00	6,05	70%	4,24
	participation forfaitaire (PFH)				- 1,00
	14 02 24 : 3,24 euros				



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



SERVICE COURRIER LE
13 MAI 2024

Mon numéro : 1 55 08 41 199 010 93
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
JOUANNEAU DOMINIQUE
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

CPAM DE VENDEE RUE ALAIN
85931 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9

M. JOUANNEAU DOMINIQUE
1 RUE DU MAUVAIS TRAIT
85470 BRETIGNOLLES SUR MER

3646 Service gratuit
+ prix appel

Monsieur,
Voici le détail des versements vous concernant pour la journée du 07 02 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 GESTION MUTUELLE. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	remboursement	base du taux	montant versé
	pour DOMINIQUE né(e) le 02 08 55 maladie ref 7110 2403940010264				
07 02 24	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT ACTE D IMAGERIE Sect1 (ADI) participation forfaitaire (PFH) ref 8954 2404080004562	23,12	23,12	70%	16,18 - 1,00
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.					
05 02 24	PHARMACIE pour DOMINIQUE né(e) le 02 08 55			(2401550914)	- 0,50
05 02 24	PHARMACIE pour DOMINIQUE né(e) le 02 08 55			(2401550915)	- 0,50
09 02 24 : 14,18 euros					

0040V26.01.02 / U





**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Vendée

SERVICE COURRIER LE

13 MAI 2024

Mon numéro : 1 55 08 41 199 010 93
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
JOUANNEAU DOMINIQUE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépende	remboursement	base du taux	montant payé
	pour DOMINIQUE né(e) le 02 08 55 maladie ref 7140 2403810009806				
	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
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	ref 7140 2403810009807				
05 02 24	PHARMACIE (PH7)	2,14	2,14	65%	1,39
	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
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	réglé au destinataire PHARMACIE COURDENT PENAUD COUANON. : 13,44 euros				
	ref 7140 2405050009529				
16 02 24	PHARMACIE (PH7+PC)	1,17	1,17	65%	0,76
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR.DISPENS.REM (HDR+PC)	0,51	0,51	65%	0,33
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	réglé au destinataire PHARMACIE COURDENT PENAUD COUANON. : 1,75 euros				
	ref 7140 2406410010424				
29 02 24	PHARMACIE (PH7+PC)	1,17	1,17	65%	0,76
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR.DISPENS.REM (HDR+PC)	0,51	0,51	65%	0,33
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	réglé au destinataire PHARMACIE COURDENT PENAUD COUANON. : 1,75 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.



SERVICE COURRIER LE
13 MAI 2024

CPAM DE VENDEE RUE ALAIN
85931 LA ROCHE SUR YON CEDEX 9

Mon numéro : 1 55 08 41 199 010 93
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
JOUANNEAU DOMINIQUE
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

M. JOUANNEAU DOMINIQUE
1 RUE DU MAUVAIS TRAIT
85470 BRETIGNOLLES SUR MER

3646 Service gratuit
+ prix appel

Monsieur,
Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 27 11 23 au 29 02 24.

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	remboursement	base du taux	montant payé
pour DOMINIQUE né(e) le 02 08 55					
maladie					
ref 7140 2333310011661					
27 11 23	PHARMACIE (PH7+PC)	1,17	1,17	65%	0,76
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	8,49	8,49	65%	5,52
	HONOR. DISPENS. (3 HD7+PC)	3,06	3,06	65%	1,99
	franchise à retenir (1) (3 FRT)				- 1,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	3,58	3,58	65%	2,33
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,11	1,11	65%	0,72
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR.DISPENS.REM (HDR+PC)	0,51	0,51	65%	0,33
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
réglé au destinataire PHARMACIE COURDENT PENAUD COUANON. : 13,63 euros					
ref 7140 2401210006367					
0 01 24	PHARMACIE (PH7+PC)	1,17	1,17	65%	0,76
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	2,83	2,83	65%	1,84
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	3,58	3,58	65%	2,33
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,11	1,11	65%	0,72
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR.DISPENS.REM (HDR+PC)	0,51	0,51	65%	0,33

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

0040V26.01.02 / X

21140 833902664706039004

Mon numéro : 1 55 08 41 199 010 93
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
JOUANNEAU DOMINIQUE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	pour DOMINIQUE né(e) le 02 08 55 maladie ref 7140 2401210006367				
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	réglé au destinataire PHARMACIE COURDENT PENAUD COUANON. : 8,62 euros ref 7120 2401210002915				
10 01 24	ACTE BIOLOGIE (B 162,00)	42,12	42,12	60%	25,27
	participation forfaitaire à retenir (1) (4 PFT)				- 4,00
	SOINS INFIRMIERS (AMI 1,50)	4,73	4,73	60%	2,84
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35	60%	0,81
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	réglé au destinataire SELAS ACTIV'BIOLAB : 28,92 euros ref 7140 2401550007544				
12 01 24	PHARMACIE (PH4+PC)	1,98	1,98	30%	0,59
	HONOR. DISPENS. (HD4+PC)	1,02	1,02	30%	0,31
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	8,04	8,04	65%	5,23
	HONOR. DISPENS. (4 HD7+PC)	4,08	4,08	65%	2,65
	franchise à retenir (1) (4 FRT)				- 2,00
	pharmacie non remboursable (PHN+PC)	3,50			
	pharmacie non remboursable (PHN+PC)	6,80			
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,17	1,17	65%	0,76
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	3,48	3,48	65%	2,26
	HONOR. DISPENS. (3 HD7+PC)	3,06	3,06	65%	1,99
	franchise à retenir (1) (3 FRT)				- 1,50
	HONOR.DISPENS.REM (HDR+PC)	0,51	0,51	65%	0,33
	HONOR.DISP.SPEC (HDE+PC)	3,57	3,57	65%	2,32
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	réglé au destinataire PHARMACIE COURDENT PENAUD COUANON. : 17,10 euros ref 7140 2403810009805				
05 02 24	DIVERS ORTHESES (DVO)	32,90	12,13	60%	7,28
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	ref 7140 2403810009806				
05 02 24	PHARMACIE (PH7)	4,29	4,29	65%	2,79



PHARMACIE COURDENT-PENAUD
COURDENT J - PENAUD C
 8 Avenue de Verdun
 85470 BRETIGNOLLES SUR MER
 France

N° SIREN : 351655725
 N° TVA intracommunautaire : FR37351655725
 Code NAF : 4773Z

N° téléphone : 02.51.90.15.22
 E mail : pharmaciecourdentpenaud@orange.fr

JOUANNEAU DOMINIQUE

1 rue du Mauvais Trait
 85470 BRETIGNOLLES SUR MER
 France

SERVICE COURRIER LE
 13 MAI 2024

Caisse : 01 Opérateur n° 24 BLA
 Client : JOUANNEAU DOMINIQUE

Facture n° 824111 du 05/02/2024 - vente n° 124020500147 - FSE n° 1126085

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
36603 9600751 8	ORTH CORR HALLUS VALG NUIT L	1	31,185	31,18	5,50	32,90

Quantité Produit : 1

Banque: CREDIT AGRICOLE

IBAN: FR76 1470 6001 5683 7143 6700 167

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
5,50	31,18	1,72	32,90
Totaux	31,18	1,72	32,90

Part principale	7,28	Part assuré	20,77
Part complémentaire	4,85		

Net à payer 20,77

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Date d'échéance : 05/02/2024

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40 €. Si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.

PHARMACIE COURDENT ET PENAUD
 Centre Commercial Super U
 85470 Brétignolles sur Mer
 Tél. 02 51 90 15 22 - Fax. 02 51 33 83 13
 pharmaciecourdentpenaud@orange.fr
 Siren.351 655 725 - Adeli: 85 200 374 8

