

2040263108U00001 00662

SERVICE COURRIER LE

05 FEV. 2024

MME GAUCHER DANIELLE
5 LOT FREDERIC BAZILLE
45340 BEAUNE LA ROLANDE

ADHERENT : N063833

Chère adhérente,

Nous vous prions de bien vouloir prendre connaissance des informations concernant votre demande :

Veuillez trouver ci-joint vos décomptes.

Toujours soucieux de vos intérêts et pour vous apporter un meilleur service, nous vous prions de croire
Chère adhérente, à l'expression de nos sentiments dévoués.

Service Prestations

ci joint mes décomptes SS.
(4 feuilles)



2040263108U0000120103

PRAECONIS
6, rue Paul Morel - B.P. 80083
70006 VESOUL Cedex
Tél. 03 84 97 12 39
SAS au capital de 305 400 €
ORIAS 10 058 426 - RCS 527 879 415

6, rue Paul Morel
B.P. 80083
70 006 VESOUL Cedex

www.praeconis.fr

PRAECONIS SAS au capital de 305 400 euros, immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 10 058 426 - RCS Vesoul 527 879 415
Société de courtage d'assurances soumise au contrôle de l'ACPR - Garantie Financière et RC conformes au Code des assurances
Délégation - 6, rue Paul Morel - BP 80083 - 70006 Vesoul Cedex



05 FEV. 2024

Mon numéro : 2 49 09 45 186 013 50
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :
 GAUCHER DANIELLE
 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 LOIRET PLACE DU GENERAL DE GAULLE
 45021 ORLEANS CEDEX 1
 1069730958 811869 300
 eco'pli CI 1505 29.12.23 14 14 S3C5 A

Mme GAUCHER DANIELLE
 5 LOT FREDERIC BAZILLE
 45340 BEAUNE LA ROLANDE

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la journée du 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
	pour DANIELLE né(e) le 08 09 49 maladie ref 6031 2331940023682				
14 11 23	URGENCE C GENERALISTE Sect1 (G+PC) participation forfaitaire (PFH) ref 6021 2332080004515	26,50	26,50	70%	18,55 - 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.

26 10 23	PHARMACIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2307849414)	- 2,50
31 10 23	ACTE BIOLOGIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2308043795)	- 4,00
31 10 23	SOINS INFIRMIERS pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2308097149)	- 0,50

16 11 23 : 10,55 euros

Mon numéro : 2 49 09 45 186 013 50
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
GAUCHER DANIELLE



Ne choisissez pas entre la grippe et le Covid-19.



La vaccination est le moyen le plus efficace de vous protéger.
Faites-vous vacciner contre chacun de ces deux virus.

Parlez-en à un professionnel de santé.

ameli.fr

8838 v26.01.01

05 FEV. 2024

CPAM DU LOIRET
PLACE DU GENERAL DE GAULLE
45021 ORLEANS CEDEX 1

Mon numéro : 2 49 09 45 186 013 50

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

GAUCHER DANIELLE

Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.

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

Mme GAUCHER DANIELLE

5 LOT FREDERIC BAZILLE

45340 BEAUNE LA ROLANDE

3646 Service gratuit
+ prix appel

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 26 04 23 au 31 10 23.

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	base du remboursement	taux	montant versé
	pour DANIELLE né(e) le 08 09 49				
	maladie				
	ref 6031 2324820500904				
26 04 23 - 30 05 23	SOINS INFIRMIERS (AMI 1,50)	4,73	4,73	60%	2,84
	franchise (FRH)				- 0,50
	IND.FORF DEPL.AM (IFA)	2,50	2,50	60%	1,50
30 05 23	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35	60%	0,81
	ref 6021 2325080003987				

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.

19 01 23	PHARMACIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2300826267)	- 1,50
19 01 23	PHARMACIE 15% pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2300826268)	- 0,45
19 01 23	PHARMACIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2300826269)	- 0,50
11 03 23	PHARMACIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2302477071)	- 2,00
26 04 23	C GENERALISTE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2303705389)	- 0,20
	NOUVEAU SOLDE : 0,80			
	ref 6031 2329040007324			
16 10 23	PARCOURS COORDONNE - ACCES DIRECT AUTORISE			
	OPHTALMOLOGUE Sect1 (CS+MCS+MPC)	30,00	30,00	70%
	participation forfaitaire (PFH)			- 1,00
	ref 6021 2329180003606			
26 04 23	C GENERALISTE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2303705389)	- 0,80
27 04 23	PHARMACIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2303791141)	- 0,50
27 04 23	PHARMACIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2303791142)	- 2,00
12 04 23	PHARMACIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2303862529)	- 1,00
12 04 23	PHARMACIE 15% pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2303862530)	- 0,50
27 05 23	PHARMACIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2304489049)	- 0,50
01 06 23	PHARMACIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2304659912)	- 3,50



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

0040V26.01.00 / U

8707

744702973095806005

Mon numéro : 2 49 09 45 186 013 50

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

GAUCHER DANIELLE

vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement	taux	montant versé
	pour DANIELLE né(e) le 08 09 49 maladie ref 6021 2329180003606				
30 05 23	ACTE BIOLOGIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2304725051)		- 4,00
05 06 23	ACTE D IMAGERIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2304760273)		- 1,00
31 08 23	PHARMACIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2306655245)		- 3,50
29 09 23	PHARMACIE pour DANIELLE né(e) le 08 09 49		(2307255595)		- 1,00
	18 10 23 : 1,70 euros				

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	pour DANIELLE né(e) le 08 09 49 maladie ref 6111 2331760003137				
31 10 23	SOINS INFIRMIERS (AMI 1,50+PC)	4,73	4,73	60%	2,84
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	IND.FORF DEPL.AM (IFA+PC)	2,50	2,50	60%	1,50
	MAJO ACTE UNIQUE (MAU+PC)	1,35	1,35	60%	0,81

réglé au destinataire RIOU RONAN : 5,15 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.



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Loiret

SERVICE COURRIER LE

05 FEV. 2024

Mon numéro : 2 49 09 45 186 013 50
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
GAUCHER DANIELLE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépende	remboursement	base du taux	montant payé
-------	------------------------	--------------------	---------------	-----------------	-----------------

pour DANIELLE né(e) le 08 09 49

maladie

ref 6031 2331340013718

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

réglé au destinataire LBM BIOALLIANCE : 71,45 euros

ref 6031 2333110006662

23 11 23	PHARMACIE (PH7+PC)	10,53	10,53	65%	6,84
	HONOR. DISPENS. (HG7+PC)	2,76	2,76	65%	1,79
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	18,90	18,90	65%	12,29
	HONOR. DISPENS. (HG7+PC)	2,76	2,76	65%	1,79
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	4,04	4,04	65%	2,63
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH4+PC)	8,02	8,02	30%	2,41
	HONOR. DISPENS. (2 HD4+PC)	2,04	2,04	30%	0,61
	franchise à retenir (1) (2 FRT)				- 1,00
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,59	1,59	65%	1,03
	HONOR. DISPENS. (HG7+PC)	2,76	2,76	65%	1,79
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	2,22	2,22	65%	1,44
	HONOR. DISPENS. (2 HD7+PC)	2,04	2,04	65%	1,33
	franchise à retenir (1) (2 FRT)				- 1,00
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,17	1,17	65%	0,76
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50

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

23 11 23	HONOR. DISPENS. (2) (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66
	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
	HONOR. DISPENS. (HC+PC)	0,31	0,31	100%	0,31
	HONOR. DISPENS. REM (HDR+PC)	0,51	0,51	65%	0,33
	HONOR. DISP. AGE (HDA+PC)	1,58	1,58	65%	1,03
	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 DE BEAUNE LA RO LANDE : 40,92 euros

8709

744702973095608403



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Loiret

Mon numéro : 2 49 09 45 186 013 50

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

GAUCHER DANIELLE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépende remboursement	base du taux	montant payé
	pour DANIELLE né(e) le 08 09 49			
	maladie			
	ref 6031 2333110006662			

(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.

(2) Le montant retenu pour le calcul de la franchise inclut le prix du médicament ainsi que l'honoraire de dispensation au conditionnement.



05 FEV. 2024

CPAM DU LOIRET PLACE DU GENERAL DE GAULLE
45021 ORLEANS CEDEX 1

Mon numéro : 2 49 09 45 186 013 50
 Mon nom ou celui de mon ayant droit :
 GAUCHER DANIELLE
 Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.
 Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

Mme GAUCHER DANIELLE
 5 LOT FREDERIC BAZILLE
 45340 BEAUNE LA ROLANDE

3646 Service gratuit
+ prix appel

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 31 08 23 au 23 11 23.

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépende	base du remboursement	taux	montant payé
pour DANIELLE né(e) le 08 09 49					
maladie					
ref 6031 2324710010685					
31 08 23	PHARMACIE (PH7)	18,90	18,90	65%	12,29
	HONOR. DISPENS. (HG7)	2,76	2,76	65%	1,79
	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)	1,16	1,16	65%	0,75
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	1,59	1,59	65%	1,03
	HONOR. DISPENS. (HG7)	2,76	2,76	65%	1,79
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7)	2,48	2,48	65%	1,61
	HONOR. DISPENS. (2 HD7)	2,04	2,04	65%	1,33
	franchise à retenir (1) (2 FRT)				- 1,00
	PHARMACIE (PH7)	10,53	10,53	65%	6,84
	HONOR. DISPENS. (HG7)	2,76	2,76	65%	1,79
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR. DISPENS. (HC)	0,31	0,31	100%	0,31
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33
LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE					
31 08 23	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					
régulé au destinataire PHARMACIE DE BEAUNE LA ROLANDE : 37,16 euros					
ref 6031 2327550006769					
29 09 23	PHARMACIE (PH7+PC)	4,04	4,04	65%	2,63
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66



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



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Loiret

Mon numéro : 2 49 09 45 186 013 50

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

GAUCHER DANIELLE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	remboursement	base du taux	montant payé
	pour DANIELLE né(e) le 08 09 49				
	maladie				
	ref 6031 2327550006769				
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,24	1,24	65%	0,81
	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
	HONOR.DISP.AGE (HDA+PC)	1,58	1,58	65%	1,03
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	réglé au destinataire PHARMACIE DE BEAUNE LA RO LANDE : 6,12 euros				
	ref 6031 2330310002784				
26 10 23	PHARMACIE (PH7+PC)	4,04	4,04	65%	2,63
	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
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,24	1,24	65%	0,81
	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
	HONOR.DISP.AGE (HDA+PC)	1,58	1,58	65%	1,03
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	ref 6031 2330310002787				
26 10 23	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
	VACC. GRIPPE PHAR (VGP)	7,50	7,50	70%	5,25
	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
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	réglé au destinataire PHARMACIE DE BEAUNE LA RO LANDE : 30,48 euros				
	ref 6031 2331340013718				
31 10 23	ACTE BIOLOGIE (B 458,00+PC)	119,08	119,08	60%	71,45
	participation forfaitaire à retenir (1) (4 PFT)				- 4,00