



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Bas-Rhin

Mon numéro : 1 42 12 67 482 283 59

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

BRAUCHI MAURICE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	pour MAURICE né(e) le 28 12 42 maladie ref 6610 2408040002759				
	réglé au destinataire PHARMACIE LES QUATRE BANS : 72,55 euros ref 5766 2408210000426				
20 03 24	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT ECHO OU DOPPLER . OPTAM (ADE) participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)	98,28	75,60	90%	68,04 - 1,00
	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT ACTE D IMAGERIE OPTAM (ADI) participation forfaitaire à retenir (1) (PFT)	32,06	24,66	90%	22,19 - 1,00
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				
	réglé au destinataire NYHSEN CHRISTIANE : 90,23 euros ref 6610 2409360018993				
30 03 24	pharmacie non remboursable (PHN) PHARMACIE (PH7) HONOR. DISPENS. (HD7) franchise à retenir (1) (FRT) HONOR.DISPENS.REM (HDR) HONOR.DISP.AGE (HDA) HONOR.DISP.SPEC (HDE)	38,70 6,11 1,02 0,51 1,58 3,57	 6,11 1,02 0,51 1,58 3,57	 90% 90% 90% 90% 90%	 5,50 0,92 - 0,50 0,46 1,42 3,21
	LE PROFESSIONNEL DE SANTE A TRANSMIS CE DOSSIER DIRECTEMENT A L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE				

réglé au destinataire PHARMACIE LES QUATRE BANS : 11,51 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.

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

SERVICE COURRIER LE

31 MAI 2024

2041101240100001 00662

SERVICE COURRIER LE
31 MAR 2024

M BRAUCHI MAURICE
4 RUE DE MITTELHAUSEN
67170 MITTELSCHAEFFOLSHEIM

Affaire suivie par : Frédéric TOMBAREL
Service Prestations

V/Réf. : Adhérent n° 7005192 /
Concerne : MAURICE BRAUCHI
N° INSEE : 1421267482283

Double demande
par erreur !!!

Strasbourg, le 19 avril 2024

Monsieur,

Nous accusons bonne réception de votre dossier qui est incomplet. Afin de nous permettre de procéder au remboursement de vos soins, nous vous invitons à nous renvoyer le présent dossier en y joignant :

- **Le décompte de prestations de la Sécurité Sociale.**

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire,

Nous vous prions d'agréer, Monsieur, nos meilleures salutations.

Le service Prestations

**Adoptez l'e-attitude, toutes vos demandes seront notifiées par SMS ou Courriel.
N'oubliez pas de nous communiquer vos coordonnées personnelles
via votre espace adhérent sécurisé**



204110124010000120102



SIMSE
IMAGERIE MÉDICALE

SERVICE COURRIER LE

11 AVR. 2024

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE SCHILICK CENTRE 2, place de l'église 67300 SCHILTIGHEIM

TEL 03.90.20.16.00 - FAX 03.88.81.38.56

SERVICE COURRIER LE

SCHILTIGHEIM, le 20/03/24

31 MAI 2024

Mr BRAUCHI MAURICE
4 rue de Mittelhausen

67170 MITTELSCHAEFFOLSHEIM

SCHILTIGHEIM, le 20/03/2024

Monsieur,

Je vous fais parvenir le détail des règlements concernant votre examen radiologique du 20/03/2024 afin que vous puissiez vous faire rembourser par votre mutuelle.

N°SS : 1421267482283-59

Adh. 7005192 -

Cotation détaillée :

ZBQK002 Z Asso 1 - ZCQM005 Asso 1

Montant de l'examen : 130,34 € -

Remboursement Sécurité Sociale: 90,23 €

Montant du dépassement : 30,08

Réglé par patient: 30,08 €

Cachet et signature

Docteur NYHSEN Christiane
06 - Electroradiologue conventionnée
SIMSE
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE
SCHILICK CENTRE 2, place de l'église
67300 SCHILTIGHEIM
RPPS : 810101265519

ORDRE DES MEDICINS
06 - Electroradiologue conventionnée
SIMSE
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE
SCHILICK CENTRE 2, place de l'église
67300 SCHILTIGHEIM
Tél. 03.88.81.38.51 - Fax 03.88.61.38.56
Siret 519 630 199 0025



204110142010000120202