

03 MAI 2024

Mon numéro : 1 43 10 42 152 002 67

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

TROUILLET PAUL

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé
	pour PAUL né(e) le 16 10 43 maladie ref 4540 2327210022819				
	HONOR.DISP.AGE (HDA+PC)	1,58	1,58	100%	1,58
	HONOR.DISP.SPEC (HDE+PC)	3,57	3,57	100%	3,57
	réglé au destinataire PHARMACIE ROBIN : 78,15 euros ref 4030 2329010003963				
13 10 23	PROTHESE DENTAIRE (PA0)	1 100,00	182,75	70%	127,93
	réglé au destinataire CENTRE DE SANTE DENTAIRE : 127,93 euros ref 4540 2329810013524				
23 10 23	PHARMACIE (PH7+PC)	53,44	53,44	100%	53,44
	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
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	7,20	7,20	100%	7,20
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	100%	1,02
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	PHARMACIE (PH7+PC)	11,49	11,49	100%	11,49
	HONOR. DISPENS. (HG7+PC)	2,76	2,76	100%	2,76
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
	HONOR.DISPENS.REM (HDR+PC)	0,51	0,51	100%	0,51
	HONOR.DISP.AGE (HDA+PC)	1,58	1,58	100%	1,58
	HONOR.DISP.SPEC (HDE+PC)	3,57	3,57	100%	3,57
	réglé au destinataire PHARMACIE ROBIN : 87,25 euros je suis du texte encore une fois ref 4030 2330710007846				
03 10 23	SEANCE ORTHOPHO. (AMO 15,70+PC)	39,25	39,25	100%	39,25
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
05 10 23	SEANCE ORTHOPHO. (AMO 15,70+PC)	39,25	39,25	100%	39,25
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
10 10 23	SEANCE ORTHOPHO. (AMO 15,70+PC)	39,25	39,25	100%	39,25
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
12 10 23	SEANCE ORTHOPHO. (AMO 15,70+PC)	39,25	39,25	100%	39,25
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
24 10 23	SEANCE ORTHOPHO. (AMO 15,70+PC)	39,25	39,25	100%	39,25
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50
02 11 23	SEANCE ORTHOPHO. (AMO 15,70+PC)	39,25	39,25	100%	39,25
	franchise à retenir (1) (FRT)				- 0,50