



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

SERVICE COURRIER LE
- 5 JUIN 2024

Mon numéro : 2 33 08 39 452 001 93
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
CALVARUSO GENEVIEVE
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 DOUBS

25036 BESANCON CEDEX

1073280008 825186 350 Déposé le 15.02.24
G4 DISTRI QUATRE CI 1505 14 14 S3C5 A

Mme CALVARUSO GENEVIEVE
1 RUE DE BRAMAIT
25440 SAMSON

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 17 07 23 au 23 10 23.

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.

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépendance	base du remboursement	taux	montant payé
pour GENEVIEVE né(e) le 17 08 33					
maladie					
ref 1940 2331140005363					
21 08 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80
28 08 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80
04 09 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80
18 09 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80
02 10 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80
16 10 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
16 10 23	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80
23 10 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80

réglé au destinataire GIBEY GRANGEOT VALERIE : 100,10 euros

ref 1940 2331110002377

17 07 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80
31 07 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50



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

0040V26.01.02 / U

21 294

796202328000893003



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

Mon numéro : 2 33 08 39 452 001 93

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

CALVARUSO GENEVIEVE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	remboursement	base du taux	montant payé
pour GENEVIEVE né(e) le 17 08 33					
maladie					
ref 1940 2331110002377					
07 08 23	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80
	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
11 09 23	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80
	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80
25 09 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80
	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
09 10 23	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
09 10 23	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80

réglé au destinataire JOUILLEROT DELPHINE : 85,80 euros

ref 1940 2331240004659

24 07 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80
14 08 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80

réglé au destinataire RIZAUCOURT SANDRINE : 28,60 euros

SERVICE COURRIER
- 5 JUIN 2024

CPAM DU DOUBS
25036 BESANCON CEDEX

Mon numéro : 2 33 08 39 452 001 93
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
CALVARUSO GENEVIEVE
Pour mes démarches, j'utilise mon compte ameli.
Avec l'appli sur mon smartphone c'est très simple !

Mme CALVARUSO GENEVIEVE
1 RUE DE BRAMAIT
25440 SAMSON

3646 Service gratuit
+ prix appel

Madame,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 17 10 23 au 30 01 24.

Ce document regroupe les paiements effectués par votre caisse d'assurance maladie et ceux de votre organisme complémentaire GESTION MUTUELLE.

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé	organisme complémentaire	
	pour GENEVIEVE né(e) le 17 08 33 maladie ref 1940 2329310001304					taux	prix
17 10 23	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT						
	ACTE D IMAGERIE OPTAM (ADI)	55,00	55,00	70%	38,50	30%	16,50
	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT						
	ACTE D IMAGERIE OPTAM (ADI)	0,75	0,75	70%	0,53	30%	0,22
	réglé au destinataire NUEFFER JEAN PHILIPPE : 55,75 euros ref 1930 2330310012486						
26 10 23	AUTR.ACC.TRAI.DOM (AAD)	11,01	7,87	60%	4,72	40%	3,15
	PHARMACIE (PH7)	9,36	9,36	65%	6,08	35%	3,28
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33	35%	0,18
	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03	35%	0,55
	réglé au destinataire PHARMACIE ROUSSEL : 20,34 euros ref 1940 2331310006602						
07 11 23	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT						
	VS GENERALISTE Sect1 (VGS+PC)	26,50	26,50	70%	18,55	30%	7,95
	MAJ. DEPLACEMENT (MD+PC)	10,00	10,00	70%	7,00	30%	3,00
	IND.KILO.MONTAGNE (26 IKM+PC)	23,66	23,66	100%	23,66		
	réglé au destinataire ROUSSEL PIERRE PAUL : 60,16 euros ref 1930 2331710013906						
09 11 23	PHARMACIE 15% (PH2+PC)	1,83	1,83	15%	0,27	85%	1,56
	HONOR. DISPENS. (HD2+PC)	1,02	1,02	15%	0,15	85%	0,87
	PHARMACIE (PH7+PC)	3,23	3,23	65%	2,10	35%	1,13
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	pharmacie non remboursable (PHN+PC)	3,00					
	HONOR.DISPENS.REM (HDR+PC)	0,51	0,51	65%	0,33	35%	0,18



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



21297

79620232800896003

0040V26.01.02 / Z



Mon numéro : 2 33 08 39 452 001 93
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
CALVARUSO GENEVIEVE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé	organisme complémentaire	
						taux	prix
	pour GENEVIEVE né(e) le 17 08 33 maladie ref 1930 2331710013906						
	HONOR.DISP.AGE (HDA+PC) ref 1930 2331710013907	1,58	1,58	65%	1,03	35%	0,55
09 11 23	PHARMACIE (PH7+PC)	4,79	4,79	65%	3,11	35%	1,68
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	PHARMACIE (PH7+PC)	58,95	58,95	65%	38,32	35%	20,63
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	PHARMACIE (PH7+PC)	4,10	4,10	65%	2,67	35%	1,43
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,25	1,25	65%	0,81	35%	0,44
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	PHARMACIE (PH7+PC)	2,88	2,88	65%	1,87	35%	1,01
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	HONOR. DISPENS. (HC+PC)	0,31	0,31	100%	0,31		
	HONOR.DISPENS.REM (HDR+PC)	0,51	0,51	65%	0,33	35%	0,18
	HONOR.DISP.AGE (HDA+PC)	1,58	1,58	65%	1,03	35%	0,55
	HONOR.DISP.SPEC (HDE+PC) ref 1930 2331710013908	3,57	3,57	65%	2,32	35%	1,25
09 11 23	AUTR.ACC.TRAI.DOM (AAD)	11,01	7,87	60%	4,72	40%	3,15
	PHARMACIE (PH7)	9,36	9,36	65%	6,08	35%	3,28
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33	35%	0,18
	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03	35%	0,55
	réglé au destinataire PHARMACIE ROUSSEL : 112,57 euros ref 1940 2332710008271						
21 11 23	PARCOURS COORDONNE - ACCES DIRECT AUTORISE						
	ACTE TECH MEDICAL Sect2 (ATM)	47,88	47,88	70%	33,52	30%	14,36
	PARCOURS COORDONNE - ACCES DIRECT AUTORISE						
	ACTE TECH MEDICAL Sect2 (ATM)	14,15	14,15	70%	9,91	30%	4,24
	réglé au destinataire SAHLER JEREMIE : 62,03 euros ref 1990 2333319901016						
24 11 23	AMBULANCE AGREEE (ABA)	217,06	217,06	55%	119,38	45%	97,68
	réglé au destinataire BFC AMBULANCES : 217,06 euros ref 1930 2333510012872						
29 11 23	AUTR.ACC.TRAI.DOM (AAD)	11,01	7,87	60%	4,72	40%	3,15
	PHARMACIE (PH7)	9,36	9,36	65%	6,08	35%	3,28
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

SERVICE COURRIER LE

- 5 JUIN 2024

Mon numéro : 2 33 08 39 452 001 93

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

CALVARUSO GENEVIEVE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé	organisme complémentaire	
	pour GENEVIEVE né(e) le 17 08 33						<i>taux prix</i>
	maladie						
	ref 1930 2333510012872						
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33	35%	0,18
	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03	35%	0,55
	réglé au destinataire PHARMACIE ROUSSEL : 20,34 euros						
	ref 1940 2334540011000						
08 12 23	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT						
	V GENERALISTE Sec11 (VG+PC)	26,50	26,50	70%	18,55	30%	7,95
	MAJ.V.REGUL.N (VRN+PC)	46,00	46,00	70%	32,20	30%	13,80
	IND.KILO.MONTAGNE (26 IKM+PC)	23,66	23,66	100%	23,66		
	réglé au destinataire ROUSSEL PIERRE PAUL : 96,16 euros						
	ref 1600 2334610000022						
08 12 23	CONSULTATION CD (CD)	23,00	23,00	60%	13,80	40%	9,20
	réglé au destinataire CTRE SANTE DENTAIRE MUTUA L MOUCHA. : 23,00 euros						
	ref 1930 2335210011347						
14 12 23	AUTR.ACC.TRAI.DOM (AAD)	11,01	7,87	60%	4,72	40%	3,15
	PHARMACIE (PH7)	9,36	9,36	65%	6,08	35%	3,28
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33	35%	0,18
	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03	35%	0,55
	ref 1930 2335210013708						
14 12 23	PHARMACIE (PH7+PC)	3,74	3,74	65%	2,43	35%	1,31
	HONOR. DISPENS. (2 HD7+PC)	2,04	2,04	65%	1,33	35%	0,71
	PHARMACIE (PH7+PC)	12,11	12,11	65%	7,87	35%	4,24
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	PHARMACIE (PH7+PC)	14,19	14,19	65%	9,22	35%	4,97
	HONOR. DISPENS. (HG7+PC)	2,76	2,76	65%	1,79	35%	0,97
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,25	1,25	65%	0,81	35%	0,44
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	PHARMACIE (PH7+PC)	2,00	2,00	65%	1,30	35%	0,70
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	HONOR. DISPENS. (HC+PC)	0,31	0,31	100%	0,31		
	HONOR.DISPENS.REM (HDR+PC)	0,51	0,51	65%	0,33	35%	0,18
	HONOR.DISP.AGE (HDA+PC)	1,58	1,58	65%	1,03	35%	0,55
	HONOR.DISP.SPEC (HDE+PC)	3,57	3,57	65%	2,32	35%	1,25
	réglé au destinataire PHARMACIE ROUSSEL : 67,46 euros						
	ref 1930 2400210011996						



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

Mon numéro : 2 33 08 39 452 001 93

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

CALVARUSO GENEVIEVE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé	organisme complémentaire	
	pour GENEVIEVE né(e) le 17 08 33					taux	prix
	maladie						
	ref 1930 2400210011996						
28 12 23	PHARMACIE (PH7+PC)	58,95	58,95	65%	38,32	35%	20,63
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	HONOR. DISPENS. REM (HDR+PC)	0,51	0,51	65%	0,33	35%	0,18
	HONOR. DISP. AGE (HDA+PC)	1,58	1,58	65%	1,03	35%	0,55
	HONOR. DISP. SPEC (HDE+PC)	3,57	3,57	65%	2,32	35%	1,25
	réglé au destinataire PHARMACIE ROUSSEL : 65,63 euros						
	ref 1940 2400840007212						
05 01 24	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT						
	V GENERALISTE Sect1 (VG+PC)	26,50	26,50	70%	18,55	30%	7,95
	MAJ. DEPLACEMENT (MD+PC)	10,00	10,00	70%	7,00	30%	3,00
	IND. KILOMETRIQUE (26 IK+PC)	15,86	15,86	100%	15,86		
	réglé au destinataire ROUSSEL PIERRE PAUL : 52,36 euros						
	ref 1930 2400810013203						
04 01 24	AUTR. ACC. TRAI. DOM (AAD)	11,01	7,87	60%	4,72	40%	3,15
	PHARMACIE (PH7)	9,36	9,36	65%	6,08	35%	3,28
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33	35%	0,18
	HONOR. DISP. AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03	35%	0,55
	réglé au destinataire PHARMACIE ROUSSEL : 20,34 euros						
	ref 1600 2400910000120						
05 01 24	PROTHESE DENTAIRE (PA1)	193,50	193,50	60%	116,10	40%	77,40
	acte non remboursable (1 FDA 1,00)	362,50					362,50
	PROTHESE DENTAIRE (PA1)	193,50	193,50	60%	116,10	40%	77,40
	acte non remboursable (1 FDA 1,00)	362,50					362,50
	réglé au destinataire CTRE SANTE DENTAIRE MUTUA L MOUCHA. : 1 112,00 euros						
	ref 1940 2401710008540						
08 01 24	ACTE BIOLOGIE (B 211,00+PC)	54,86	54,86	60%	32,92	40%	21,94
	réglé au destinataire SELAS CBM 25 : 54,86 euros						
	ref 1940 2402440007072						
06 11 23	IND. FORF. DEPL. INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50	40%	1,00
	IND. KILO. MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00		
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80	40%	5,20
20 11 23	IND. FORF. DEPL. INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50	40%	1,00
	IND. KILO. MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00		



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

Doubs

SERVICE COURRIER LE
- 5 JUIN 2024

Mon numéro : 2 33 08 39 452 001 93
Mon nom ou celui de mon ayant droit :
CALVARUSO GENEVIEVE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé	organisme complémentaire	
	pour GENEVIEVE né(e) le 17 08 33						taux prix
	maladie						
	ref 1940 2402440007072						
04 12 23	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80	40%	5,20
	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50	40%	1,00
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00		
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80	40%	5,20
18 12 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50	40%	1,00
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00		
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80	40%	5,20
	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50	40%	1,00
15 01 24	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00		
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80	40%	5,20
	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50	40%	1,00
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00		
	régulé au destinataire JOUILLEROT DELPHINE : 102,50 euros						
	ref 1940 2402510001367						
27 10 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50	40%	1,00
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80	40%	5,20
30 10 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50	40%	1,00
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00		
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80	40%	5,20
	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	11,00	2,50	60%	1,50	40%	1,00
25 12 23	MAJO. FERIE IFI (NA)		8,50	60%	5,10	40%	3,40
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00		
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80	40%	5,20
	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	11,00	2,50	60%	1,50	40%	1,00
01 01 24	MAJO. FERIE IFI (NA)		8,50	60%	5,10	40%	3,40
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00		
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80	40%	5,20
	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	11,00	2,50	60%	1,50	40%	1,00
	régulé au destinataire RIZAUCOURT SANDRINE : 94,00 euros						
	ref 1940 2402940008385						
25 01 24	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT						
	V GENERALISTE Sect1 (VG+PC)	26,50	26,50	70%	18,55	30%	7,95
	MAJ. DEPLACEMENT (MD+PC)	10,00	10,00	70%	7,00	30%	3,00
	IND.KILOMETRIQUE (26 IK+PC)	15,86	15,86	100%	15,86		
	régulé au destinataire ROUSSEL PIERRE PAUL : 52,36 euros						
	ref 1930 2402910009812						
25 01 24	AUTR.ACC.TRAI.DOM (AAD)	11,01	7,87	60%	4,72	40%	3,15
	PHARMACIE (PH7)	9,36	9,36	65%	6,08	35%	3,28
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65%	0,33	35%	0,18



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

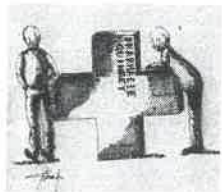
Mon numéro : 2 33 08 39 452 001 93

Mon nom ou celui de mon ayant droit :

CALVARUSO GENEVIEVE

pour votre information

dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement	taux	montant payé	organisme complémentaire	
	pour GENEVIEVE né(e) le 17 08 33					taux	prix
	maladie						
	ref 1930 2402910009812						
	HONOR.DISP.AGE (HDA)	1,58	1,58	65%	1,03	35%	0,55
	réglé au destinataire PHARMACIE ROUSSEL : 20,34 euros						
	ref 1940 2402960000500						
13 11 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50	40%	1,00
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00		
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80	40%	5,20
27 11 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50	40%	1,00
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00		
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80	40%	5,20
11 12 23	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50	40%	1,00
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00		
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80	40%	5,20
08 01 24	IND.FORF.DEPL.INF (IFI)	2,50	2,50	60%	1,50	40%	1,00
	IND.KILO.MONTAGNE (10 IKM)	5,00	5,00	100%	5,00		
	FORFAIT INF BSI (BSA)	13,00	13,00	60%	7,80	40%	5,20
	réglé au destinataire GIBEY GRANGEOT VALERIE : 82,00 euros						
	ref 1930 2403210011322						
30 01 24	PHARMACIE (PH7+PC)	1,87	1,87	65%	1,22	35%	0,65
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	PHARMACIE (PH7+PC)	1,25	1,25	65%	0,81	35%	0,44
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	PHARMACIE (PH7+PC)	2,00	2,00	65%	1,30	35%	0,70
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	PHARMACIE (PH7+PC)	58,95	58,95	65%	38,32	35%	20,63
	HONOR. DISPENS. (HD7+PC)	1,02	1,02	65%	0,66	35%	0,36
	HONOR.DISPENS.REM (HDR+PC)	0,51	0,51	65%	0,33	35%	0,18
	HONOR.DISP.AGE (HDA+PC)	1,58	1,58	65%	1,03	35%	0,55
	HONOR.DISP.SPEC (HDE+PC)	3,57	3,57	65%	2,32	35%	1,25
	réglé au destinataire PHARMACIE ROUSSEL : 73,81 euros						



Selarl PHARMACIE ROUSSEL
au capital social de 00000000 euros
Charlotte ROUSSEL
11b route de Lyon
25440 QUINGEY
FRANCE
Tel: 0381636083
N° SIRET : 74980986900011 - N°
SIREN : 749809869
TVA Intracommunautaire :
FR07749809869
RCS : 749809869 - Ville de greffe :
besancon
Code NAF/APE: 4773Z

FACTURE

N°4606/262018

Du 25/04/2024

Date de l'échéance 25/04/2024

Page 1 / 1
SERVICE COURRIER LE
- 5 JUIN 2024

CALVARUSO GENEVIEVE
1 RUE DE BRAMAIT
25440 SAMSON
FRANCE

N086317

Prescripteur : ROUSSEL PIERRE-PAUL

N° AM : 251013546

N° RPPS : 10101117942

Opérateur: _ 4

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
ELIQUIS 2,5MG CPR BT60 3400941945670 N° Ordonnancier : 371674 N° Lots : HL2354	PH7	65	1	57,738	2,10%	57,74
Honor. dispens. HD7	HD7	65	1	0,999	2,10%	1,00
TRAMADOL MYL 50mg Gél 2Plq/15 (30) 3400934976339 N° Ordonnancier : 371675 N° Lots : 8160286 8160286	PH7	65	2	3,350	2,10%	6,70
Honor. dispens. HD7	HD7	65	2	0,999	2,10%	2,00
Honor. dispens. HDR	HDR	65	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDA	HDA	65	1	1,550	2,10%	1,55
Honor. dispens. HDE	HDE	65	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
72,98	2,1% (4)	1,53	74,51
Total HT		Total TVA	Total TTC
72,98		1,53	74,51

Part AMO	48,44
Part AMC	0,00
Part Client	26,07

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (CB, Remb. AMO)	74,51

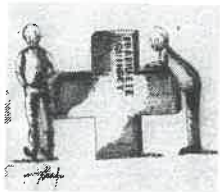
Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1



Selarl PHARMACIE ROUSSEL
au capital social de 00000000 euros
Charlotte ROUSSEL
11b route de Lyon
25440 QUINGEY
FRANCE
Tel: 0381636083
N° SIRET : 74980986900011 - N°
SIREN : 749809869
TVA Intracommunautaire :
FR07749809869
RCS : 749809869 - Ville de greffe :
besancon
Code NAF/APE: 4773Z

Page 1 / 1

FACTURE

N°4607/262020

Du 25/04/2024

Date de l'échéance 26/04/2024

CALVARUSO GENEVIEVE
1 RUE DE BRAMAIT
25440 SAMSON
FRANCE

SERVICE COURRIER LE

- 5 JUIN 2024

Prescripteur : SAHLER JEREMIE

N° AM : 251046595

N° RPPS : 10100158285

Opérateur: _4

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
CATIONORM MULTI EMUL FL10ML 1 3401097988672	AAD	60	1	9,175	20,00%	9,18
GANFORT 0,3MG+5MG/ML CY DOS 30 3400927561627	PH7	65	1	9,167	2,10%	9,17
N° Ordonnancier : 371677						
Honor. dispens. HD7	HD7	65	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	65	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDA	HDA	65	1	1,550	2,10%	1,55

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
12,21	2,1% (4)	0,26	12,47
9,18	20% (6)	1,84	11,01
Total HT		Total TVA	Total TTC
21,39		2,09	23,48

Part AMO	12,82
Part AMC	0,00
Part Client	10,66

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (CB, Remb. AMO)	23,48

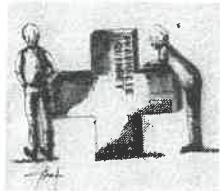
Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 6: taux 20.0



Selari PHARMACIE ROUSSEL
au capital social de 00000000 euros
Charlotte ROUSSEL
11b route de Lyon
25440 QUINGEY
FRANCE
Tel: 0381636083
N° SIRET : 74980986900011 - N°
SIREN : 749809869
TVA Intracommunautaire :
FR07749809869
RCS : 749809869 - Ville de greffe :
besancon
Code NAF/APE: 4773Z

Page 1 / 1

FACTURE

N°4669/264714

Du 16/05/2024

Date de l'échéance 16/05/2024

CALVARUSO GENEVIEVE
1 RUE DE BRAMAIT
25440 SAMSON
FRANCE

SERVICE COURRIER LE

- 5 JUIN 2024

Prescripteur : SAHLER JEREMIE

N° AM : 251046595

N° RPPS : 10100158285

Opérateur: _ 3

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
GANFORT 0,3MG+5MG/ML CY DOS 30 3400927561627 N° Ordonnancier : 375699 N° Lots : 405578	PH7	65	1	9,167	2,10%	9,17
Honor. dispens. HD7	HD7	65	1	0,999	2,10%	1,00
CATIONORM MULTI EMUL FL10ML 1 3401097988672	AAD	60	1	9,175	20,00%	9,18
Honor. dispens. HDR	HDR	65	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDA	HDA	65	1	1,550	2,10%	1,55

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
12,21	2,1% (4)	0,26	12,47
9,18	20% (6)	1,84	11,01
Total HT		Total TVA	Total TTC
21,39		2,09	23,48

Part AMO	12,82
Part AMC	0,00
Part Client	10,66

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (CB, Remb. AMO)	23,48

Reste dû	0,00
----------	------

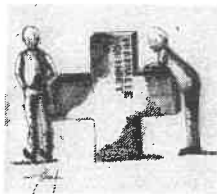
Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1 - code 6: taux 20.0

(NF525) 106/1/FACTURATION/FACTURE/UNQQ/N/hINF/N/JINR/2.20/2.20.4.1.R5/O/B525/0370-4/265883



Selarl PHARMACIE ROUSSEL
au capital social de 00000000 euros
Charlotte ROUSSEL
11b route de Lyon
25440 QUINGEY
FRANCE
Tel: 0381636083
N° SIRET : 74980986900011 - N°
SIREN : 749809869
TVA Intracommunautaire :
FR07749809869
RCS : 749809869 - Ville de greffe :
besancon
Code NAF/APE: 4773Z

Page 1 / 2

FACTURE

N°4671/264717

Du 16/05/2024

Date de l'échéance 17/05/2024

CALVARUSO GENEVIEVE
1 RUE DE BRAMAIT
25440 SAMSON
FRANCE

SERVICE COURRIER LE

- 5 JUIN 2024

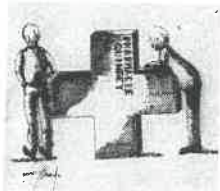
Prescripteur : ROUSSEL PIERRE-PAUL
N° AM : 251013546
N° RPPS : 10101117942
Opérateur: _ 3

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
DIFFU K GEL B/40 3400932905997 N° Ordonnancier : 375710 N° Lots : 1669	PH7	65	1	1,939	2,10%	1,94
Honor. dispens. HD7	HD7	65	1	0,999	2,10%	1,00
LERCANIDIPINE MYLAN 10mg Cpr pesé Plq/30 3400932945160 N° Ordonnancier : 375711 N° Lots : 144002	PH7	65	1	4,691	2,10%	4,69
Honor. dispens. HD7	HD7	65	1	0,999	2,10%	1,00
ELIQUIS 2,5MG CPR BT60 3400941945670 N° Ordonnancier : 375712 N° Lots : HN8224	PH7	65	1	57,738	2,10%	57,74
Honor. dispens. HD7	HD7	65	1	0,999	2,10%	1,00
MIRTAZAPINE MYLAN 15mg Cpr pell Plq/30S 3400937726313 N° Ordonnancier : 375713 N° Lots : 8163574	PH7	65	1	2,821	2,10%	2,82
Honor. dispens. HD7	HD7	65	1	0,999	2,10%	1,00
Honor. dispens. HDR	HDR	65	1	0,500	2,10%	0,50
Honor. dispens. HDA	HDA	65	1	1,550	2,10%	1,55
Honor. dispens. HDE	HDE	65	1	3,500	2,10%	3,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
76,73	2,1% (4)	1,61	78,34
Total HT		Total TVA	Total TTC
76,73		1,61	78,34

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1



Selarl PHARMACIE ROUSSEL
au capital social de 00000000 euros
Charlotte ROUSSEL
11b route de Lyon
25440 QUINGEY
FRANCE
Tel: 0381636083
N° SIRET : 74980986900011 - N°
SIREN : 749809869
TVA Intracommunautaire :
FR07749809869
RCS : 749809869 - Ville de greffe :
besancon
Code NAF/APE: 4773Z

Page 2 / 2

FACTURE

N°4671/264717

Du 16/05/2024

Date de l'échéance 17/05/2024

CALVARUSO GENEVIEVE
1 RUE DE BRAMAIT
25440 SAMSON
FRANCE

SERVICE COURRIER LE

- 5 JUIN 2024

Part AMO	50,91
Part AMC	0,00
Part Client	27,43

Mode(s) de règlement	
Règlements multiples (CB, Remb. AMO)	78,34

Reste dû	0,00
----------	------

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

