



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphone

mutest  
- 2 FEV. 2024  
Agence Strasbourg

Page 3/3

Suite erreur de la CPAM  
paiement de 10% au RL

CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURG

MLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

SERVICE COURRIER LE

5 FEV. 2024

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/05/2023 au 31/05/2023 .

**pour information**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
20/05/2023	ACTE BIOLOGIE (B 142.0) participation forfaitaire à retenir (4 PFT)	36,92	36,92	60 %	22,15
20/05/2023	SOINS INFIRMIERS (AMI 1.5) franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>	4,73	4,73	60 %	-4,00 2,84
20/05/2023	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35	60 %	-0,50 0,81

réglé le 24/05/2023 au destinataire LABM KLUMPP : 25,80 euro(s)

(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.





**BIOGROUP**  
biologie médicale

SERVICE COURRIER LE

5 FEV. 2024

Biologistes médicaux  
Dr Carole GRANELLO  
Dr Céline CARTIER GRILLON

**LABORATOIRE KLUMPP**

7 Rue du Faubourg-de-Saverne  
67000 STRASBOURG  
Tél : 03.88.52.82.00  
Fax 03 88 75 00 33  
labo.klumpp@biogroup.fr

SERVICE COURRIER LE  
10 JUL. 2023

Ouvert du lundi au vendredi  
de 7H30 à 18H00 en continu  
Samedi de 7H30 à 12H00  
Prélèvements à domicile sur rendez-vous



Mme ECHIKA MATSUMOTO  
9 RUE KUHN

67000 STRASBOURG

Réf. du dossier :  
KL230520029

STRASBOURG, le Mercredi 14 Juin 2023

### QUITTANCE D'HONORAIRES

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à votre complémentaire santé ou votre mutuelle pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° KL230520029

Date de l'examen : 20-05-2023

Nom du patient : MATSUMOTO

Prénom du patient : ECHIKA

Né(e) le : 26-08-1963

N° SS de l'assuré(e) : 263089921704829

### Récapitulatif quittance d'honoraire

Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
17.20	25.80	0.00

(dont montant non remboursé 17.20 €)

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Détails des analyses facturées au verso

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B17	B	4.42 €
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B	1 30 €
1601	SANG : BILIRUBINE (BIL)	B6	B	1.56 €
0592	SANG : CREATININE	B6	B	1.56 €
1804	CRP (PROTEINE C REACTIVE) (DOSAGE) (SANG)	B8	B	2.08 €
1213	FERRITINE (DOSAGE) (SANG)	B19	B	4.94 €
0519	GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE (GAMMAT GT , GGT) (SANG)	B5	B	1.30 €
0517	ASPARTATE AMINOTRANSFERASE (ASAT,TGO)(SANG)	B6	B	1.56 €
1609	SANG : IONOGRAMME (NA+K+ EVENTUELLEMENT CL)	B10	B	2.60 €
1104	HEMOGRAMME Y COMPRIS PLAQUETTES (NFS , NFP)	B20	B	5 20 €
1109	RETICULOCYTES (RC) : NUMERATION	B19	B	4.94 €
2002	SANG : COEFFICIENT DE SATURATION DE LA TRANSFERRINE (CS-TF)	B17	B	4.42 €
1124	VITESSE DE SEDIMENTATION (VS)	B4	B	1.04 €
<b>Total</b>				<b>36.92 €</b>

(une clé «E» présente dans le Récapitulatif concerne les analyses hors-nomenclature)

Prélèvements	
Total	6.08 EUROS



**BIOGROUP**  
biologie médicale

Biologistes médicaux  
Dr Carole GRANELLO  
Dr Céline CARTIER-GRILLON

SERVICE COURRIER LE

5 FEV. 2024

**LABORATOIRE KLUMPP**

7 Rue du Faubourg-de-Saverne  
67000 STRASBOURG  
Tél : 03.88.52.82.00  
Fax : 03.88.75.00.33  
labo.klumpp@biogroup.fr

Ouvert du lundi au vendredi  
de 7H30 à 18H00 en continu  
Samedi de 7H30 à 12H00

Prélèvements à domicile sur rendez-vous



Mme ECHIKA MATSUMOTO  
9 RUE KUHN

67000 STRASBOURG

STRASBOURG, le Mardi 30 Mai 2023

**OBJET : Rejet remboursement mutuelle**

Réf. du dossier : KL230520029, effectué le 20-05-2023

Madame, Monsieur,

Suite à une ou plusieurs demandes d'avance de frais auprès de votre organisme complémentaire, celui-ci ne peut vous faire bénéficier du tiers-payant.

Nous nous trouvons ainsi, indépendamment de notre volonté, dans l'obligation de vous adresser cette facture.

**MONTANT A REGLER: 17.20 Euros.**

**Le règlement peut être effectué :**

- au laboratoire (espèces, chèque, carte bancaire)
- par téléphone (carte bancaire)

- par virement : RIB : CCM : Compte 10278 01001 00088079910 92  
IBAN : FR76 1027 8010 0100 0880 7991 092  
BIC : CMCIFR2A

La totalité de la somme vous sera ou a peut-être déjà été remboursée par votre complémentaire santé si la prescription concernée ne comporte pas d'examens hors nomenclature. Si votre caisse mutuelle vous demandait une quittance pour effectuer le remboursement, n'hésitez pas à nous en faire la demande par retour de courrier.

Nous vous présentons nos excuses pour ce désagrément et vous remercions de votre compréhension.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

**LABORATOIRE KLUMPP**

7 Rue du Faubourg-de-Saverne - - 67000 STRASBOURG

Veuillez joindre ce talon à votre règlement

**Réf.dossier :**  
KL230520029

Mme ECHIKA MATSUMOTO  
9 RUE KUHN

67000 STRASBOURG

**Montant à régler : 17.20 Euros**





**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphone

SERVICE COURRIER LE

5 FEV. 2024

Page 2/5

CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURG

MLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

mutest  
- 2 FEV. 2024  
Agence Strasbourg

AVR. 2023

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/04/2023 au 30/04/2023.

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. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

**vos remboursements de soins**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour ECHIKA né(e) le 26/08/1963 maladie réf 5761 2310816801917				
03/04/2023	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT C GENERALISTE Sect2 (G)	50,00	25,00	70 %	17,50
03/04/2023	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT participation forfaitaire Sect2 (PFH)				-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 coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.				
02/03/2023	B pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2305597150)		-2,00
22/03/2023	PHARMACIE 15% pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2306989471)		-0,47
	PHARMACIE pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2306989472)		-3,50
12/04/2023	B pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2308667264)		-4,00
	SOINS INFIRMIERS pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2308667265)		-0,50
le 20/04/2023 : 6,03 euro(s)					

90% ?



assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphone

CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURG

MLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/04/2023 au 30/04/2023 .

Ce document est à conserver comme justificatif, pour faire valoir vos droits à la retraite, au même titre que les bulletins de salaires ou attestations de chômage. Si vous avez un organisme complémentaire assurant l'indemnisation de vos arrêts de travail, pensez à lui envoyer une copie de ce relevé dont il peut avoir besoin pour vous régler un complément de revenu.

#### vos indemnités journalières

dates	nature des prestations	nombre de jours	montant journalier	taux	type de taux	total
	pour ECHIKA né(e) le 26/08/1963 maladie réf 6291 2310328005183					
20/03/2023 - 22/03/2023	CARENCE ( CAR )	3				
23/03/2023 - 24/03/2023	I.J. NORMALE ( NOR )	2	50,57			101,14
	RETENUE R.D.S.					-0,50
	RETENUE C.S.G.					-6,28

réglé le 14/04/2023 au destinataire ORCHESTRE PHILHARMONIQUE DE  
STRASBOURG : 94,36 euro(s)



- 5 FEV. 2024

assuré social OGAWA ECHIKA  
 n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29  
 Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
 ou l'application ameli pour smartphone

CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
 67000 STRASBOURG

MLE. OGAWA ECHIKA  
 9 RUE KUHN  
 67000 STRASBOURG



Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/04/2023 au 30/04/2023.

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. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

**pour information**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour ECHIKA né(e) le 26/08/1963 maladie réf 9731 2310840004986				
12/04/2023	ACTE BIOLOGIE (B 118.0) participation forfaitaire à retenir (4 PFT)	30,68	30,68	60 %	18,41
12/04/2023	SOINS INFIRMIERS (AMI 1.5) franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>	4,73	4,73	60 %	-4,00 2,84
12/04/2023	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35	60 %	-0,50 0,81
	réglé le 19/04/2023 au destinataire LABM KLUMPP : 22,06 euro(s)				
	maladie réf 9731 2311740006395				
20/03/2023	ACTE BIOLOGIE (B 78.0) participation forfaitaire à retenir (2 PFT)	20,28	20,28	60 %	12,17 -2,00
	réglé le 28/04/2023 au destinataire LABORATOIRE DES DEUX RIVE S : 12,17 euro(s)				

(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.



assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphone

CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURG

MLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/04/2023 au 30/04/2023 .

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 . En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

vos remboursements de soins		montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
dates	nature des prestations				
	pour HIROSHI né(e) le 04/08/1967 maladie réf 9731 2311440002747				
21/04/2023	INLAY-ONLAY (INO) le 25/04/2023 : 70,00 euro(s)	475,00	100,00	70 %	70,00

5 FEV. 2024



assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphoneCPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURGMLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/04/2023 au 30/04/2023 .

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 . En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

**pour information**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour HIROSHI né(e) le 04/08/1967 maladie réf 9731 2311540005841				
22/04/2023	ACTE BIOLOGIE ( B 95.0 ) participation forfaitaire à retenir ( 2 PFT )	24,70	24,70	60 %	14,82 -2,00
22/04/2023	PRELEVEMENT ( KB 3.0 )	5,76	5,76	60 %	3,46
réglé le 26/04/2023 au destinataire LABM KLUMPP : 18,28 euro(s)					



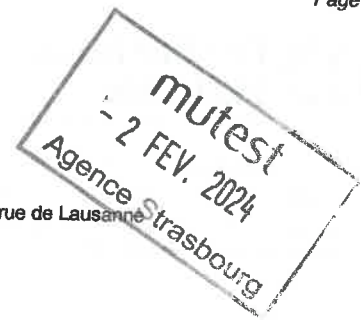
5 FEV. 2024



assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli ou l'application ameli pour smartphone

CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURGMLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

Mai 2023

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/05/2023 au 31/05/2023.

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 MUT'EST. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

## vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour AYUMI né(e) le 07/05/2006 maladie réf 5751 2312908502903				
31/01/2023	ENTRETIEN D EVAL. ( EEP + PC )	40,00	40,00	60 %	24,00
	maladie réf 5751 2312908502903				
09/02/2023 - 16/02/2023	SEANCE ( APS + PC )	30,00	30,00	60 %	18,00
16/02/2023	SEANCE ( APS + PC )	30,00	30,00	60 %	18,00
	maladie réf 6291 2313280007771				
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 coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.					
22/04/2023	ACTE BIOLOGIE pour HIROSHI né(e) le 04/08/67		(2309141787)		-2,00
20/03/2023	ACTE BIOLOGIE pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2309306113)		-2,00

le 12/05/2023 : 56,00 euro(s)



assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli ou l'application ameli pour smartphone

CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURGMLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/05/2023 au 31/05/2023.

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 MUT'EST. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

## pour information

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour ECHIKA né(e) le 26/08/1963 maladie réf 6690 2311810000032				
20/03/2023	FRAIS SEJ. SOINS (GHS)	259,16	259,16	80 %	207,33
	réglé le 02/05/2023 au destinataire CLINIQUE RHENA GCS ES : 207,33 euro(s)				
	maladie réf 6690 2311810000032				
20/03/2023	ACTE D IMAGERIE (ADI)	29,29	29,29	80 %	23,43
20/03/2023	ACTE D IMAGERIE (ADI)	0,75	0,75	80 %	0,60
	réglé le 02/05/2023 au destinataire LEYENDECKER PIERRE : 24,03 euro(s)				
	maladie réf 6690 2311810000032				
20/03/2023	ACTE TECH MEDICAL (ATM)	14,26	14,26	80 %	11,41
20/03/2023	C. SPECIFIQUE (U03)	30,00	30,00	80 %	24,00
	réglé le 02/05/2023 au destinataire BASIRALY YOUNOUSSALY : 35,41 euro(s)				
	maladie réf 6690 2311810000032				
20/03/2023	C. SPECIFIQUE (U03)	65,00	30,00	80 %	24,00
20/03/2023	C. SPECIFIQUE N (NA)		35,00	80 %	28,00
	réglé le 02/05/2023 au destinataire BUSCAL ALEXANDRE : 52,00 euro(s)				
	maladie réf 6690 2311810000032				
20/03/2023	ACTE BIOLOGIE (B 159.0)	41,34	41,34	80 %	33,07
	réglé le 02/05/2023 au destinataire LABORATOIRE DES DEUX RIVE S : 33,07 euro(s)				
	maladie réf 9731 2314340007581				



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphone

SERVICE COURRIER LE

- 5 FEV. 2024

Page 1/3



CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURG

MLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

Juin 2023

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/06/2023 au 30/06/2023.

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 MUT'EST. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

**vos remboursements de soins**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour ECHIKA né(e) le 26/08/1963 maladie réf 5761 2316540012164				
12/06/2023	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT C GENERALISTE Coord (G + PC) participation forfaitaire (PFH)	50,00	25,00	70 %	17,50 -1,00
	maladie réf 6291 2316680007953				
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 coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.					
20/05/2023	ACTE BIOLOGIE pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2310841974)		-4,00
	SOINS INFIRMIERS pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2310841975)		-0,50
07/06/2023	ECHO OU DOPPLER . pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2312111178)		-1,00
le 15/06/2023 : 11,00 euro(s)					





assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphoneCPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURGMLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/06/2023 au 30/06/2023.

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 MUT'EST. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

## pour information

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour ECHIKA né(e) le 26/08/1963 maladie réf 5766 2316350000036				
07/06/2023	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT ECHO OU DOPPLER . Coord (ADE) participation forfaitaire à retenir (PFT)	75,60	75,60	70 %	52,92 -1,00
	réglé le 13/06/2023 au destinataire HOST PHILIPPE : 52,92 euro(s)				
	maladie réf 6610 2316740008664				
14/06/2023	PHARMACIE (PH4)	7,59	7,59	30 %	2,28
14/06/2023	HONOR. DISPENS. (3 HD4) franchise à retenir (3 FRT) <sup>(1)</sup>	3,06	3,06	30 %	0,92 -1,50
14/06/2023	PHARMACIE (PH7)	11,00	11,00	65 %	7,15
14/06/2023	HONOR. DISPENS. (2 HD7) franchise à retenir (2 FRT) <sup>(1)</sup>	2,04	2,04	65 %	1,33 -1,00
14/06/2023	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65 %	0,33
	réglé le 19/06/2023 au destinataire PHARMACIE DE L'HOMME DE F ER : 12,01 euro(s)				
	maladie réf 5762 2317340002552				
21/06/2023	PARCOURS COORDONNE - ACCES DIRECT AUTORISE CONSULTATION SPE. Coord (CS MCSMPC) participation forfaitaire à retenir (PFT)	55,00	30,00	70 %	21,00 -1,00
21/06/2023	PARCOURS COORDONNE - ACCES DIRECT AUTORISE ACTE TECH MEDICAL Coord (ATM)	12,46	12,46	70 %	8,72
	réglé le 23/06/2023 au destinataire VIVILLE BRIGITTE : 29,72 euro(s)				
	maladie réf 0610 2317810011482				
24/06/2023	PHARMACIE (PH7)	4,35	4,35	65 %	2,83
24/06/2023	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65 %	0,66

(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

5 FEV. 2024

Page 3/3



assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli ou l'application ameli pour smartphone

CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURGMLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/06/2023 au 30/06/2023 .

## pour information

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>				-0,50
24/06/2023	PHARMACIE (PH7)	11,05	11,05	65 %	7,18
24/06/2023	HONOR. DISPENS. (HG7)	2,76	2,76	65 %	1,79
	franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>				-0,50
24/06/2023	PHARMACIE (PH7)	1,11	1,11	65 %	0,72
24/06/2023	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65 %	0,66
	franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>				-0,50
24/06/2023	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	65 %	0,33
	maladie				
	réf 6610 2317810011484				
24/06/2023	PHARMACIE (PH4)	4,40	4,40	30 %	1,32
24/06/2023	HONOR. DISPENS. (HD4)	1,02	1,02	30 %	0,31
	franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>				-0,50
24/06/2023	PHARMACIE (PH4)	4,24	4,24	30 %	1,27
24/06/2023	HONOR. DISPENS. (HD4)	1,02	1,02	30 %	0,31
	franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>				-0,50
24/06/2023	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	65 %	0,33

régulé le 28/06/2023 au destinataire PHARMACIE DE LA GENTIANE : 17,71 euro(s)



5 FEV. 2024

Page 1/2



assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli ou l'application ameli pour smartphone

CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURG

Juillet 2023

MLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURGmutes  
- 2 FEV. 2024  
Agence Strasbourg

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/07/2023 au 31/07/2023.

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 MUT'EST. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

## vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour AYUMI né(e) le 07/05/2006 maladie réf 5763 2318855001996				
14/06/2023	PARCOURS COORDONNE - ACCES DIRECT AUTORISE OPHTALMOLOGUE Sect2 (CS)	60,00	23,00	70 %	16,10
	pour ECHIKA né(e) le 26/08/1963 maladie réf 5763 2318855001995				
14/06/2023	PARCOURS COORDONNE - ACCES DIRECT AUTORISE OPHTALMOLOGUE Sect2 (CS) participation forfaitaire (PFH)	60,00	23,00	70 %	16,10 -1,00
	maladie réf 9731 2319160000132				
08/07/2023	VERRE OPTIQUE B (VU3)	80,00	0,05	60 %	0,03
08/07/2023	VERRE OPTIQUE B (VU2)	80,00	0,05	60 %	0,03
	maladie réf 6291 2319280007530				
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 coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.					
14/06/2023	PHARMACIE pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2312432987)		-1,50
	PHARMACIE pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2312432988)		-1,00
21/06/2023	CONSULTATION SPE. pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2312780837)		-1,00
24/06/2023	PHARMACIE pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2313039850)		-1,50
	PHARMACIE pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2313039851)		-1,00
le 11/07/2023 : 25,26 euro(s)					



assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli ou l'application ameli pour smartphone

CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURGMLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/07/2023 au 31/07/2023.

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 MUT'EST. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

**pour information**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
pour ECHIKA né(e) le 26/08/1963					
maladie					
réf 9731 2319160000146					
08/07/2023	MONTURE OPTIQUE B (M03)	155,00	0,05	60 %	0,03
08/07/2023	VERRE OPTIQUE B (VU2)	112,00	0,05	60 %	0,03
08/07/2023	VERRE OPTIQUE B (VU2)	112,00	0,05	60 %	0,03
régulé le 11/07/2023 au destinataire OPTIQUE ANNICK MARMET : 0,09 euro(s)					
pour AYUMI né(e) le 07/05/2006					
maladie					
réf 9731 2319182801953					
08/07/2023	MONTURE OPTIQUE B (M03)	155,00	0,05	60 %	0,03
08/07/2023	VERRE OPTIQUE B (VU2)	129,00	0,05	60 %	0,03
08/07/2023	VERRE OPTIQUE B (VU2)	129,00	0,05	60 %	0,03
régulé le 12/07/2023 au destinataire OPTIQUE ANNICK MARMET : 0,09 euro(s)					
maladie					
réf 6610 2319240004126					
08/07/2023	PHARMACIE (PH4)	7,59	7,59	30 %	2,28
08/07/2023	HONOR. DISPENS. (3 HD4)	3,06	3,06	30 %	0,92
08/07/2023	PHARMACIE (PH7)	11,00	11,00	65 %	7,15
08/07/2023	HONOR. DISPENS. (2 HD7)	2,04	2,04	65 %	1,33
08/07/2023	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65 %	0,33
régulé le 12/07/2023 au destinataire PHARMACIE DE L'HOMME DE F ER : 12,01 euro(s)					

SERVICE COURRIER LE

- 5 FEV. 2024

Page 3/5



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphone

CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURG

MLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG



Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/10/2023 au 31/10/2023 .

**pour information**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
réglé le 30/10/2023 au destinataire ALK : 118,78 euro(s)					



## SERVICE COURRIER LE

- 5 FEV. 2024

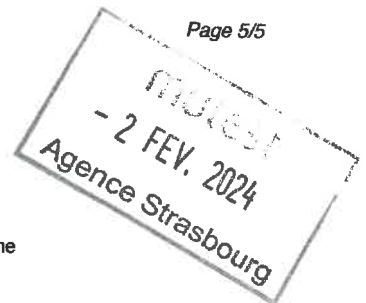
Page 5/5


**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphoneCPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURG
**MLE. OGAWA ECHIKA**  
**9 RUE KUHN**  
**67000 STRASBOURG**

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/10/2023 au 31/10/2023 .

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 . En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

**pour Information**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour HIROSHI né(e) le 04/08/1967 maladie réf 6610 2327740001181				
02/10/2023	PHARMACIE (PH7)	2,32	2,32	65 %	1,51
02/10/2023	HONOR. DISPENS. (2 HD7) franchise à retenir (2 FRT) <sup>(1)</sup>	2,04	2,04	65 %	1,33
02/10/2023	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65 %	-1,00
	réglé le 05/10/2023 au destinataire PHARMACIE DE L'HOMME DE F ER : 3,17 euro(s)				0,33

(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.





5 FEV. 2024



assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphoneCPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURGMLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/09/2023 au 30/09/2023.

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 MUT'EST. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

## pour information

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour ECHIKA né(e) le 26/08/1963 maladie réf 9731 2326140008249				
14/09/2023	ACTE BIOLOGIE (B 258.0) participation forfaitaire à retenir (4 PFT)	67,08	67,08	60 %	40,25
14/09/2023	SOINS INFIRMIERS (AMI 1.5) franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>	4,73	4,73	60 %	-4,00
14/09/2023	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35	60 %	2,84
					-0,50
					0,81
	réglé le 19/09/2023 au destinataire LABM KLUMPP : 43,90 euro(s)				
	maladie réf 6610 2326240008605				
16/09/2023	PHARMACIE 15% (PH2)	1,58	1,58	15 %	0,24
16/09/2023	HONOR. DISPENS. (HD2) franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>	1,02	1,02	15 %	0,15
16/09/2023	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	65 %	-0,39
					0,33
	maladie réf 6610 2326240008606				
16/09/2023	PHARMACIE (PH4)	7,59	7,59	30 %	2,28
16/09/2023	HONOR. DISPENS. (3 HD4) franchise à retenir (3 FRT) <sup>(1)</sup>	3,06	3,06	30 %	0,92
16/09/2023	PHARMACIE (PH7)	11,00	11,00	65 %	-1,50
16/09/2023	HONOR. DISPENS. (2 HD7) franchise à retenir (2 FRT) <sup>(1)</sup>	2,04	2,04	65 %	7,15
16/09/2023	HONOR. DISPENS. REM (HDR)	0,51	0,51	65 %	1,33
					-1,00
					0,33
	réglé le 20/09/2023 au destinataire PHARMACIE DE L'HOMME DE FER : 12,73 euro(s)				

(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.



assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphoneCPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURG

Sep. 2023

MLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/09/2023 au 30/09/2023 .

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 MUT'EST. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

## vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour ECHIKA né(e) le 26/08/1963 maladie réf 5761 2326310001215				
18/09/2023	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT C GENERALISTE Coord (G + PC) participation forfaitaire (PFH)	50,00	25,00	70 %	17,50 -1,00
	maladie réf 6291 2326480007236				
	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 coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.				
14/09/2023	ACTE BIOLOGIE pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2317314119)		-4,00
	SOINS INFIRMIERS pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2317314120)		-0,50
16/09/2023	PHARMACIE pour HIROSHI né(e) le 04/08/67		(2317389562)		-1,50
	PHARMACIE 15% pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2317389563)		-0,39
	PHARMACIE pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2317389564)		-1,50
	PHARMACIE pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2317389565)		-1,00
	le 21/09/2023 : 7,61 euro(s)				
	pour AYUMI né(e) le 07/05/2006 maladie réf 5762 2326940007243				
25/09/2023	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN CORRESPONDANT C. SPECIFIQUE Sect1 (APC)	62,00	55,00	70 %	38,50
	le 27/09/2023 : 38,50 euro(s)				



**BIOGROUP**  
biologie médicale

Biologistes médicaux  
Dr Carole GRANELLO  
Dr Céline CARTIER GRILLON

SERVICE COURRIER LE

5 FEV. 2024

**LABORATOIRE KLUMPP**

7 Rue du Faubourg-de-Saverne  
67000 STRASBOURG  
Tél : 03.88.52.82.00  
Fax : 03.88.75.00.33  
labo.klumpp@biogroup.fr

Ouvert du lundi au vendredi  
de 7H30 à 18H00 en continu  
Samedi de 7H30 à 12H00  
Prélèvements à domicile sur rendez-vous

Mme ECHIKA MATSUMOTO  
9 RUE KUHN

67000 STRASBOURG

Réf. du dossier :  
KL230914054

STRASBOURG, le Lundi 09 Octobre 2023

### QUITTANCE D'HONORAIRES



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à votre complémentaire santé ou votre mutuelle pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° KL230914054

Date de l'examen : 14-09-2023

Nom du patient : MATSUMOTO

Prénom du patient : ECHIKA

Né(e) le : 26-08-1963

N° SS de l'assuré(e) : 263089921704829

### Récapitulatif quittance d'honoraire

Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
29.26	43.90	0.00

(dont montant non remboursé : 0.00 €)

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.



Détails des analyses facturées au verso

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B17	B	4.42 €
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B	1.30 €
9006	FORFAIT DU TRAITEMENT DES DONNEES ADMINISTRATIVES DU COVID-19	B2	B	0.52 €
9106	Forfait traitement autre échantillon	B10	B	2.60 €
0532	SANG : ACIDE URIQUE (URICEMIE)	B6	B	1.56 €
4720	RECHERCHE D'IGG PAR TESTS AUTOMATISABLES DE TYPE ELISA	B45	B	11.70 €
0592	SANG : CREATININE	B6	B	1.56 €
1804	CRP (PROTEINE C REACTIVE) (DOSAGE) (SANG)	B8	B	2.08 €
1213	FERRITINE (DOSAGE) (SANG)	B19	B	4.94 €
0552	SANG : GLUCOSE (GLYCEMIE)	B5	B	1.30 €
0519	GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE (GAMMAT GT , GGT) (SANG)	B5	B	1.30 €
0517	ASPARTATE AMINOTRANSFERASE (ASAT,TGO)(SANG)	B6	B	1.56 €
0996	SANG : EXPLORATION D'UNE ANOMALIE LIPIDIQUE	B16	B	4.16 €
1609	SANG : IONOGRAMME (NA+K+ EVENTUELLEMENT CL)	B10	B	2.60 €
1104	HEMOGRAMME Y COMPRIS PLAQUETTES (NFS , NFP)	B20	B	5.20 €
2002	SANG : COEFFICIENT DE SATURATION DE LA TRANSFERRINE (CS-TF)	B17	B	4.42 €
0221	DEBIT URIN. HEMATIES ET LEUCOCYTES PAR MILLILITRE (CULOT URIN QUANT)	B25	B	6.50 €
1208	T.S.H. (SANG)	B20	B	5.20 €
2004	UR.PROTEINURIE: DOSAGE	B6	B	1.56 €
0640	UR. : RECHERCHE DE SANG (HEMATIES ET/OU HEMOGLOBINE)	B6	B	1.56 €
1124	VITESSE DE SEDIMENTATION (VS)	B4	B	1.04 €
<b>Total</b>				<b>67.08 €</b>

(une clé «E» présente dans le Récapitulatif concerne les analyses hors-nomenclature)

## Prélèvements

**Total** **6.08 EUROS**



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphone

SERVICE COURRIER LE

- 5 FEV. 2024

Page 3/4

CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURG

MLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG



Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/09/2023 au 30/09/2023 .

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 . En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

**vos remboursements de soins**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour HIROSHI né(e) le 04/08/1967 maladie réf 9731 2325540006629				
08/09/2023	CHIRURGIE DENTAIRE ( c )	23,00	23,00	70 %	16,10
	maladie réf 0291 2325680006508				
	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 coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.				
15/06/2023	ACTE D IMAGERIE pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2314615524)		-1,00

le 13/09/2023 : 15,10 euro(s)

Copie  
Tr  
Dentaire



assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli ou l'application ameli pour smartphone

CPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURGMLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/09/2023 au 30/09/2023 .

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 . En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

## pour information

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour HIROSHI né(e) le 04/08/1967 maladie réf 6610 2326240008571				
16/09/2023	PHARMACIE (PH7)	4,59	4,59	65 %	2,98
16/09/2023	HONOR. DISPENS. (3 HD7)	3,06	3,06	65 %	1,99
	franchise à retenir (3 FRT) <sup>(1)</sup>				-1,50
16/09/2023	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65 %	0,33
16/09/2023	HONOR.DISP.SPEC (HDE)	3,57	3,57	65 %	2,32
	réglé le 20/09/2023 au destinataire PHARMACIE DE L'HOMME DE F ER : 7,62 euro(s)				
	pour ECHIKA né(e) le 26/08/1963 prevention réf 9731 2326310006858				
14/09/2023	ACTE DEPISTAGE CC (DCC 37.0)	3,70	3,70	100 %	3,70
	réglé le 21/09/2023 au destinataire LABM CERBA : 3,70 euro(s)				

(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.





assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphoneCPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURG

Oct. 23

MLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/10/2023 au 31/10/2023.

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 MUT'EST. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

## vos remboursements de soins

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour AYUMI né(e) le 07/05/2006 maladie réf 9731 2327240006185				
28/09/2023	SOINS DENTAIRES (SDE)	29,30	29,30	70 %	20,51
	le 02/10/2023 : 20,51 euro(s)				
	maladie réf 5761 2329940009896				
11/10/2023	PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT C GENERALISTE Coord (G + PC)	50,00	25,00	70 %	17,50
	maladie réf 6291 2330080006096				
	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 coordonné n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.				
05/09/2023	ACTE TECH MEDICAL pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2318669829)		-1,00
14/10/2023	ACTE BIOLOGIE pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2319183030)		-4,00
	SOINS INFIRMIERS pour ECHIKA né(e) le 26/08/63		(2319183031)		-0,50
	le 27/10/2023 : 12,00 euro(s)				

Copie de  
Dentaire

SERVICE COURRIER LE

- 5 FEV. 2024

Page 2/5


**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

assuré social OGAWA ECHIKA

n° de Sécurité Sociale 2 63 08 99 217 048 29

Pour toutes vos démarches, utilisez le compte ameli  
ou l'application ameli pour smartphoneCPAM du BAS-RHIN 16, rue de Lausanne  
67000 STRASBOURG
**MLE. OGAWA ECHIKA  
9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG**

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/10/2023 au 31/10/2023.

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 MUT'EST. En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

**pour information**

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
pour AYUMI né(e) le 07/05/2006					
maladie					
réf 6610 2328310012963					
07/10/2023	PHARMACIE (PH4)	3,46	3,46	30 %	1,04
07/10/2023	HONOR. DISPENS. (HD4)	1,02	1,02	30 %	0,31
07/10/2023	PHARMACIE (PH7)	3,18	3,18	65 %	2,07
07/10/2023	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65 %	0,66
07/10/2023	HONOR.DISPENS.REM (HDR)	0,51	0,51	65 %	0,33
régulé le 11/10/2023 au destinataire PHARMACIE DE LA GENTIANE : 4,41 euro(s)					
pour ECHIKA né(e) le 26/08/1963					
maladie					
réf 9731 2329610009249					
14/10/2023	ACTE BIOLOGIE (B 187.0)	48,62	48,62	60 %	29,17
	participation forfaitaire à retenir (4 PFT)				-4,00
14/10/2023	SOINS INFIRMIERS (AMI 1.5)	4,73	4,73	60 %	2,84
	franchise à retenir (FRT) <sup>(1)</sup>				-0,50
14/10/2023	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35	60 %	0,81
régulé le 24/10/2023 au destinataire LABM KLUMPP : 32,82 euro(s)					
pour AYUMI né(e) le 07/05/2006					
maladie					
réf 9731 2330040004670					
21/10/2023	ACTE BIOLOGIE (B 143.0)	37,18	37,18	60 %	22,31
21/10/2023	SOINS INFIRMIERS (AMI 1.5)	4,73	4,73	60 %	2,84
21/10/2023	MAJO ACTE UNIQUE (MAU)	1,35	1,35	60 %	0,81
régulé le 30/10/2023 au destinataire LABM KLUMPP : 25,96 euro(s)					
maladie					
réf 6610 2330010010187					
17/10/2023	PHARMACIE. (PPI)	395,94	395,94	30 %	118,78

(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.





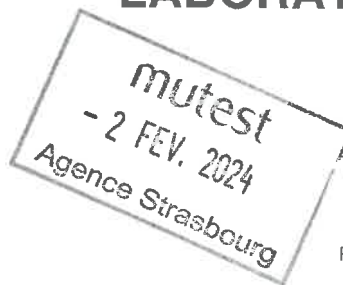
**BIOGROUP**  
biologie médicale

Biologistes médicaux  
Dr Carole GRANELLO  
Dr Céline CARTIER GRILLON

## LABORATOIRE KLUMPP

7 Rue du Faubourg-de-Saverne  
67000 STRASBOURG  
Tél : 03.88.52.82.00  
Fax : 03.88.75.00.33  
labo.klumpp@biogroup.fr

Ouvert du lundi au vendredi  
de 7H30 à 18H00 en continu  
Samedi de 7H30 à 12H00  
Prélèvements à domicile sur rendez-vous



SERVICE COURRIER LE

5 FEV. 2024

Mme ECHIKA MATSUMOTO  
9 RUE KUHN

67000 STRASBOURG

Réf. du dossier :  
KL231021040

STRASBOURG, le Samedi 02 Décembre 2023

### QUITTANCE D'HONORAIRES

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à votre complémentaire santé ou votre mutuelle pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° KL231021040

Date de l'examen : 21-10-2023

Nom du patient : MATSUMOTO

Prénom du patient : AYUMI

Né(e) le : 07-05-2006

N° SS de l'assuré(e) : 263089921704829

#### Récapitulatif quittance d'honoraire

Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
17.30	25.96	0.00

(dont montant non remboursé : 0.00 €)

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Détails des analyses facturées au verso



Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B17	B	4.42 €
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B	1.30 €
9006	FORFAIT DU TRAITEMENT DES DONNEES ADMINISTRATIVES DU COVID-19	B2	B	0.52 €
1601	SANG : BILIRUBINE (BIL)	B6	B	1.56 €
4720	RECHERCHE D'IGG PAR TESTS AUTOMATISABLES DE TYPE ELISA	B45	B	11.70 €
1804	CRP (PROTEINE C REACTIVE) (DOSAGE) (SANG)	B8	B	2.08 €
0552	SANG : GLUCOSE (GLYCEMIE)	B5	B	1.30 €
0519	GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE (GAMMAT GT , GGT) (SANG)	B5	B	1.30 €
0517	ASPARTATE AMINOTRANSFERASE (ASAT,TGO)(SANG)	B6	B	1.56 €
1104	HEMOGRAMME Y COMPRIS PLAQUETTES (NFS , NFP)	B20	B	5.20 €
1208	T.S.H. (SANG)	B20	B	5.20 €
1124	VITESSE DE SEDIMENTATION (VS)	B4	B	1.04 €
<b>Total</b>				<b>37.18 €</b>

(une clé «E» présente dans le Récapitulatif concerne les analyses hors-nomenclature)

Prélèvements	
Total	6.08 EUROS



SERVICE COURRIER LE

- 5 FEV. 2024

Mme ECHIKA MATSUMOTO  
9 RUE KUHN

67000 STRASBOURG

Réf. du dossier :  
KL231021040

STRASBOURG, le Samedi 21 Octobre 2023

## QUITTANCE D'HONORAIRES

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à votre complémentaire santé ou votre mutuelle pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° KL231021040

Date de l'examen : 21-10-2023

Nom du patient : MATSUMOTO

Prénom du patient : AYUMI

Né(e) le : 07-05-2006

N° SS de l'assuré(e) : 263089921704829

### Récapitulatif quittance d'honoraire

Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
4.32	38.94	0.00

(dont montant non remboursé : 0.00 €)

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Détails des analyses facturées au verso



Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B17	B	4.42 €
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B	1.30 €
9006	FORFAIT DU TRAITEMENT DES DONNEES ADMINISTRATIVES DU COVID-19	B2	B	0.52 €
1601	SANG : BILIRUBINE (BIL)	B6	B	1.56 €
4720	RECHERCHE D'IGG PAR TESTS AUTOMATISABLES DE TYPE ELISA	B45	B	11.70 €
1804	CRP (PROTEINE C REACTIVE) (DOSAGE) (SANG)	B8	B	2.08 €
0552	SANG : GLUCOSE (GLYCEMIE)	B5	B	1.30 €
0519	GAMMA GLUTAMYL TRANSFERASE (GAMMAT GT , GGT) (SANG)	B5	B	1.30 €
0517	ASPARTATE AMINOTRANSFERASE (ASAT,TGO)(SANG)	B6	B	1.56 €
1104	HEMOGRAMME Y COMPRIS PLAQUETTES (NFS , NFP)	B20	B	5.20 €
1208	T.S.H. (SANG)	B20	B	5.20 €
1124	VITESSE DE SEDIMENTATION (VS)	B4	B	1.04 €
			<b>Total</b>	<b>37.18 €</b>

(une clé «E» présente dans le Récapitulatif concerne les analyses hors-nomenclature)

## Prélèvements

Total

**6.08 EUROS**



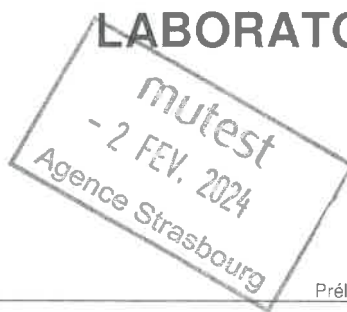
**BIOGROUP**  
biologie médicale

Biologistes médicaux  
Dr Carole GRANELLO  
Dr Céline CARTIER GRILLON

**LABORATOIRE KLUMPP**

7 Rue du Faubourg-de-Saverne  
67000 STRASBOURG  
Tél : 03.88.52.82.00  
Fax : 03.88.75.00.33  
labo.klumpp@biogroup.fr

Ouvert du lundi au vendredi  
de 7H30 à 18H00 en continu  
Samedi de 7H30 à 12H00  
Prélèvements à domicile sur rendez-vous



SERVICE COURRIER LE

- 5 FEV. 2024

Mme ECHIKA MATSUMOTO  
9 RUE KUHN

67000 STRASBOURG

Réf. du dossier :  
KL231014031

STRASBOURG, le Samedi 21 Octobre 2023

## QUITTANCE D'HONORAIRES

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à votre complémentaire santé ou votre mutuelle pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° KL231014031

Date de l'examen : 14-10-2023

Nom du patient : MATSUMOTO

Prénom du patient : ECHIKA

Né(e) le : 26-08-1963

N° SS de l'assuré(e) : 263089921704829

### Récapitulatif quittance d'honoraire

Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
21.88	32.82	0.00

(dont montant non remboursé : 0.00 €)

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Détails des analyses facturées au verso



Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B17	B	4.42 €
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B	1.30 €
9006	FORFAIT DU TRAITEMENT DES DONNEES ADMINISTRATIVES DU COVID-19	B2	B	0.52 €
9106	Forfait traitement autre échantillon	B10	B	2.60 €
1601	SANG : BILIRUBINE (BIL)	B6	B	1.56 €
4720	RECHERCHE D'IGG PAR TESTS AUTOMATISABLES DE TYPE ELISA	B45	B	11.70 €
1804	CRP (PROTEINE C REACTIVE) (DOSAGE) (SANG)	B8	B	2.08 €
5201	EX MICROBIO URINES (ECBU)	B58	B	15.08 €
1104	HEMOGRAMME Y COMPRIS PLAQUETTES (NFS , NFP)	B20	B	5.20 €
2004	UR.PROTEINURIE: DOSAGE	B6	B	1.56 €
0640	UR. : RECHERCHE DE SANG (HEMATIES ET/OU HEMOGLOBINE)	B6	B	1.56 €
1124	VITESSE DE SEDIMENTATION (VS)	B4	B	1.04 €
			<b>Total</b>	<b>48.62 €</b>

(une clé «E» présente dans le Récapitulatif concerne les analyses hors-nomenclature)

## Prélèvements

Total

**6.08 EUROS**



**BIOGROUP**  
biologie médicale

Biologistes médicaux  
Dr Carole GRANELLO  
Dr Céline CARTIER GRILLON

SERVICE COURRIER LE

5 FEV. 2024

**LABORATOIRE KLUMPP**

7 Rue du Faubourg-de-Saverne  
67000 STRASBOURG  
Tél : 03.88.52.82.00  
Fax : 03.88.75.00.33  
labo.klump@biogroup.fr

Ouvert du lundi au vendredi  
de 7H30 à 18H00 en continu  
Samedi de 7H30 à 12H00  
Prélèvements à domicile sur rendez-vous

Mme ECHIKA MATSUMOTO  
9 RUE KUHN

67000 STRASBOURG

STRASBOURG, le Samedi 14 Octobre 2023

Réf. du dossier :  
KL231014031

mutest  
- 2 FEV. 2024  
Agence Strasbourg

## QUITTANCE D'HONORAIRES

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous vous adressons le justificatif de paiement de vos honoraires (tiers payant) à présenter à votre complémentaire santé ou votre mutuelle pour votre remboursement.

Dossier

Demande N° KL231014031

Date de l'examen : 14-10-2023

Nom du patient : MATSUMOTO

Prénom du patient : ECHIKA

Né(e) le : 26-08-1963

N° SS de l'assuré(e) : 263089921704829

### Récapitulatif quittance d'honoraire

Patient	Sécurité Sociale	Mutuelle
21.46	32.20	0.00

(dont montant non remboursé : 0.00 €)

En vous remerciant, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Détails des analyses facturées au verso

**PAYÉ**



Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B17	B	4.42 €
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B	1.30 €
9006	FORFAIT DU TRAITEMENT DES DONNEES ADMINISTRATIVES DU COVID-19	B2	B	0.52 €
9106	Forfait traitement autre échantillon	B10	B	2.60 €
1601	SANG : BILIRUBINE (BIL)	B6	B	1.56 €
4720	RECHERCHE D'IGG PAR TESTS AUTOMATISABLES DE TYPE ELISA	B45	B	11.70 €
1804	CRP (PROTEINE C REACTIVE) (DOSAGE) (SANG)	B8	B	2.08 €
5201	EX MICROBIO URINES (ECBU)	B58	B	15.08 €
1104	HEMOGRAMME Y COMPRIS PLAQUETTES (NFS , NFP)	B20	B	5.20 €
2004	UR.PROTEINURIE: DOSAGE	B6	B	1.56 €
0640	UR. : RECHERCHE DE SANG (HEMATIES ET/OU HEMOGLOBINE)	B6	B	1.56 €
Total				47.58 €

(une clé «E» présente dans le Récapitulatif concerne les analyses hors-nomenclature)

## Prélèvements

Total	6.08 EUROS
-------	------------



## AVIS DES SOMMES A PAYER

Volet 2 débiteur

CENTRE HOSPITALIER 01 HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG		N° FINESS EG 670000025		TITRE 1997140				
N° SIRET EG 26670057400012		N° SIRET EJ 26670057400012		N° FINESS EJ 670780055				
Emis par la Directrice des Finances : Mme Sandra LYANNAZ								
PATIENT	DOSSIER E 294641053 01-0 Soins Externes		Né(e) le 26-08-1963 Rg:1		EMIS ET RENDU EXECUTOIRE 10-10-2023			
	NOM MATSUMOTO		Soins du 05-09-2023		BORDEREAU H 1000809			
	NE(E) OGAWA		au 05-09-2023		FEUILLET 1			
	PRENOM ECHIKA				EXERCICE 2023 411100			
ADRESSE	ECHIKA MATSUMOTO 9 R KUHN		TRESORERIE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES 10 COUR SAINT NICOLAS BP 41019		RD			
	67000 STRASBOURG		67070 STRASBOURG CEDEX					
ASSURE	MATSUMOTO ECHIKA N° AFFILIATION 2630899217048 29 CENTRE 01 673 629 0 EVENEMENT		MME ECHIKA MATSUMOTO 9 R KUHN 67000 STRASBOURG					
INFO	03.88.12.81.28 SERVICE CONSULTATIONS EXTERNES BP 426 - 67091 STRASBOURG CEDEX							
OBS	05 10 799994 2098 C.A.S.				LOT CE PGM s09f04R216_071 EDITION-FLJAU0100 597 *			
DATE DEBUT	DATE FIN	PRESTATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONS.	TX	A VOTRE CHARGE	DMT M.TRT UF OU COMPTE
05-09-23		ATM	100	31'29		030	939	73241217
<p>Valeur ES-O : Orienté par médecin traitant Médecin orienteur : KRENCKER ETIENNE Identification B2/Noémie Type2S(30-38):231997140 Type2S(42-47):929000</p>								
<p><b>AVIS A CONSERVER</b> <b>AUCUN DUPLICATE NE SERA DELIVRE</b></p>								
<p><b>Païement possible en CB/espèces</b> (dans la limite de 300 euros) chez les buralistes/partenaires agréés (liste consultable sur le site : <a href="https://www.impots.gouv.fr/portail/païement-de-proximite">https://www.impots.gouv.fr/portail/païement-de-proximite</a></p>								
<p><b>Païement en ligne possible</b> Sur <a href="http://www.payfip.gouv.fr">www.payfip.gouv.fr</a> Collectivité 007473 Référence 2023-01997140-000001 N° d'entrée 294641053</p>								
TRESOR PUBLIC	Banque STRASBOURG		RIB 30001 00806 C6730000000 22		*****9,39		TOTAL	
	Iban FR35 3000100806C673000000022		Bic BDFEFRPPCCT		*****0,00		AVANCES	
	Tel 03 88 15 01 90 Du lundi au jeudi de 8h30 à 12h15				*****9,39		A PAYER	

Titre émis et rendu exécutoire en application de l'article L252A du livre des procédures fiscales et de l'article L6145-9 du code de la santé publique.

Joindre le talon ci-dessous à votre règlement, la quittance vous sera envoyée

## IDENTIFICATION

MATSUMOTO  
ECHIKA  
PC 067060

N° d'entrée

294641053

N° titre 1997140

EH 929

Exercice 2023

Montant

\*\*\*\*\*9,39

## TALON DE PAIEMENT

Talon de paiement à joindre à votre chèque

Références

HTR - PC 067060

EH 929 Exercice 2023

Dossier 294641053

Titre 1997140

Montant en euros

\*\*\*\*\*9,39

MME ECHIKA MATSUMOTO

9 R KUHN

67000 STRASBOURG

A06720

CHRU STRASBOURG

\*

€

CENTRE D'ENCAISSEMENT  
DES FINANCES PUBLIQUES  
TSA 61110  
78924 YVELINES CEDEX 9

Ne rien inscrire sous ce trait - Ne pas plier

000000929235

950033000169 40100019971400000010670605984806

939





**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Pour vous renseigner  
TRES. STRASBOURG HOP. UNIVERSITA

10 CR SAINT NICOLAS CS 41019

67070 STRASBOURG

Téléphone : 03 88 15 01 90

Télécopie : 03 88 15 26 90

Mél : t067060@dgfip.finances.gouv.fr

SERVICE COURRIER LE

5 FEV. 2024



FINANCES PUBLIQUES

CENTRE DES FINANCES PUBLIQUES  
TRES. STRASBOURG HOP. UNIVERSITA  
10 CR SAINT NICOLAS CS 41019  
CS 41019  
67070 STRASBOURG

9778-000571-0001-0



M ou Mme MATUMOTO Echika  
9 R KUHN  
67000 STRASBOURG

**Références**

Nom du redevable : M ou Mme MATUMOTO Echika

Nom du malade : matsumoto ayumi

Références de la dette : Titre n° 2471093/2023, émis le  
02/01/24 par hop univ strasbourg hus

STRASBOURG, le 25/01/2024



**ATTESTATION DE PAIEMENT**

Le comptable public atteste sous réserve d'encaissement en cas de paiement par chèque, le règlement ci-après :

N° d'ordre	Montant du principal	Montant des Frais	Code produit
1	6,90	0,00	consultations ou soins externes

Dette émise par :	hop univ strasbourg hus
Montant du règlement	6,90 Euro(s)
Date du règlement	25/01/2024
Mode de paiement	Compas

\* Joindre l'avis des sommes à payer à cette attestation lors de la demande de remboursement à votre mutuelle ou à votre caisse complémentaire.  
Cette demande de remboursement ne peut être faite que dans le cas où aucune prise en charge n'a été délivrée par cet organisme.

Le Comptable public  
METZGER Charles



mutest  
- 2 FEV. 2024  
Agence Strasbourg

SERVICE COURRIER LE  
1- 5 FEV. 2024

# QUITTANCE

N° Quittance 23-0027746  
Date d'émission 15-06-2023  
Régie 0231 - SENOLOGIE  
RADIOLOGIE I

P  
A  
T  
I  
E  
N  
T

Nom - Prénom MATSUMOTO Echika  
Nom de naissance OGAWA  
Date de naissance 26-08-1963  
Adresse 9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG  
NIP 497379  
N° Dossier 23-291698000

SERVICE COURRIER LE  
10 JUL. 2023

A  
S  
S  
U  
R  
E

Nom - Prénom MATSUMOTO Echika  
Nom de naissance OGAWA  
Adresse 9 RUE KUHN  
67000 STRASBOURG  
N° Assuré 263089921704829

Date	UFP	Type	Désignation	Nbre actes	Montant	Taux	Montant à régler
15-06-2023	6433	CCAM	ADI - Acte d imagerie	1	66,42	30	19,93
15-06-2023	6433	CCAM	ADI - Acte d imagerie	1	0,75	30	0,22

**mutest**  
11 BOULEVARD WILSON  
CS 60019  
67082 STRASBOURG CEDEX  
Tél : 09 69 36 32 32

Télétransmission  
Hors Séam-Viale  
Code télétransmission  
67590333

Période de validité  
DU 01/01/2023 AU 31/12/2023  
N° AMC 776641661  
N° Adhérent 10002127  
Type conv. MUL CSR

Mutuelle soumise au livre II du code de la Mutualité

**BÉNÉFICIAIRES : NOM / PRÉNOM**  
QUALITE / DATE DE NAISSANCE / N° SÉCURITÉ SOCIALE / RÉGIME (1) / PRODUIT

OGAWA ECHIKA	26/08/1963	2630899217048/29	RL	FPT67 FOR3
MATSUMOTO AYUMI	07/05/2006	2630899217048/29	RL	FPT67 FOR3

2060567482793 84

**GARANTIES OUVRANT DROIT AU TIERS PAYANT RÉGIME OBLIGATOIRE INCLIS\***

PHAR	HOSP	EXTÉ	COSL	LARA	AUXM	OPAU	DENT	TRAN	OBSQ
(2)	(1)	OUI	OUI	OUI	OUI	(1)	(4)	NON	NON
(2)	(1)	OUI	OUI	OUI	OUI	(1)	(4)	NON	NON

(1) Sous réserve de la décharge d'une prise en charge  
(2) Vignettes 15%, prises en charge  
(4) Plafond annuel sur la garantie dentaire

2. Contrat Responsable  
\* téléconsultation incluse 24h/24 7j/7 - second avis médical 01 55 82 26 60  
Incluse à votre espace adhérent sur [www.mutest.fr](http://www.mutest.fr)  
\* LES TAUX S'APPLIQUENT AU TARIF DE RESPONSABILITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

MONTANT TOTAL A REGLER

20,15

Le régisseur soussigné déclare avoir reçu la somme de

\*\*\*\*\*20,15 EUROS

Mode de Règlement :

CARTE DE CREDIT

Ce document n'est pas une facture

