

Sarah GLASER
9 route de Minerve
34210 AZILLANET

MAAF
mail : agence.lunion@maaf.fr

Azillanet, le 12 juin 2018

N° client : 131065072 Y
N° de contrat : 131065072 Y - SA01

Madame, Monsieur,

Je vous prie de trouver ci-joint copie des décomptes CPAM.

La quote-part des dépenses prise en charge dans le cadre de mon contrat 'complémentaire SANTÉ' ne m'a pas été remboursée.

Je vous demande de bien vouloir procéder à la régularisation des remboursements dûs par virement à mon compte banque dont vous avez les coordonnées.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes cordiales salutations.

A/ 

P.J. : période 01/01/2018 à 31/01/2018
période 01/05/2018 à 31/05/2018



assuré social GLASER SARAH

n° de Sécurité Sociale 2 73 07 75 116 205 37

Pour tout contact, écrivez à votre caisse directement depuis la messagerie de votre compte Ameli

CPAM de l'AUDE 2, allée de Bezons
11017 CARCASSONNE CEDEXMlle GLASER SARAH
9 RTE DE MINERVE
34210 AZILLANET

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/05/2018 au 31/05/2018 .

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 rembours.	taux	montant versé
	pour SARAH né(e) le 28/07/1973 maladie réf 9670 1813510003858				
11/05/2018	URGENCE C GENERALISTE Sect1 (G) participation forfaitaire (PFH)	25,00	25,00	70 %	17,50 -1,00
	maladie réf 9680 1813680001613				
	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.				
11/05/2018	PHARMACIE pour SARAH né(e) le 28/07/73		(1802051580)		-2,00
	PHARMACIE pour SARAH né(e) le 28/07/73		(1802051581)		-0,50

le 16/05/2018 : 14,00 euro(s)

pour information

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour SARAH né(e) le 28/07/1973 maladie réf 9670 1813450002151				
11/05/2018	PHARMACIE (PH7) HONOR. DISPENS. (3 HD7)	5,97 3,06	5,97 3,06	65 % 65 %	3,88 1,99
	franchise à retenir (3 FRT) ⁽¹⁾				-1,50
11/05/2018	PHARMACIE (PH4) HONOR. DISPENS. (HD4)	2,24 1,02	2,24 1,02	30 % 30 %	0,67 0,31
	franchise à retenir (FRT) ⁽¹⁾				-0,50

(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 GLASER SARAH

n° de Sécurité Sociale 2 73 07 75 116 205 37

Pour tout contact, écrivez à votre caisse directement
depuis la messagerie de votre compte Ameli

CPAM de l'AUDE 2, allée de Bezons
11017 CARCASSONNE CEDEX

Mlle GLASER SARAH
9 RTE DE MINERVE
34210 AZILLANET

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/05/2018 au 31/05/2018 .

pour information

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
11/05/2018	PHARMACIE (PH7)	1,16	1,16	65 %	0,75
	HONOR. DISPENS. (HD7)	1,02	1,02	65 %	0,66
	franchise à retenir (FRT) ⁽¹⁾				-0,50

réglé le 15/05/2018 au destinataire PHARMACIE ROUSSOULY FRERE S : 8,26 euro(s)



assuré social GLASER SARAH

n° de Sécurité Sociale 2 73 07 75 116 205 37

Pour tout contact, écrivez à votre caisse directement
depuis la messagerie de votre compte AmeliCPAM de l'AUDE 2, allée de Bezons
11017 CARCASSONNE CEDEXMlle GLASER SARAH
9 RTE DE MINERVE
34210 AZILLANET

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/01/2018 au 31/01/2018 .

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 rembours.	taux	montant versé
	pour ELIOT né(e) le 14/04/2007 maladie réf 9670 1802540000843				
17/01/2018	CHIRURGIE DENTAIRE (Spec. O.D.F.) Sect1 (CS)	23,00	23,00	70 %	16,10
24/01/2018	ACTE DE RADIOLOG. Sect1 (Z 16.0)	21,28	21,28	70 %	14,90
	ACTE DE RADIOLOG. Sect1 (Z 15.0)	19,95	19,95	70 %	13,97
	maladie réf 9680 1802680001736				
	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.				
13/12/2017	PHARMACIE 15% pour SARAH né(e) le 28/07/73		(1791972512)		-0,50

le 26/01/2018 : 44,47 euro(s)