



# MIEUX COMPRENDRE VOTRE RELEVÉ DE PRESTATIONS

Cette mention indique que votre décompte est transmis à la Mutieg par télétransmission.

Monsieur,

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 05 05 17 au 20 05 17

Le remboursement des sommes que vous avez avancées est d'ores et déjà effectué sur votre compte.

Nous avons également transmis ces informations à votre organisme Mutieg.

Tarif opposable sur lequel est appliqué le taux de remboursement du Régime Général (RG)

Le taux varie en fonction de la prestation (consultation, pharmacie, analyses...) du fait que vous soyez ou non dans le parcours de soins coordonnés ou exonéré du ticket modérateur.

Montant du remboursement de la part RG.

Taux appliqué à la base de remboursement et montant de la part Régime complémentaire (RC) remboursé dans la limite des frais engagés.

Calcul du remboursement : 17,50 € + 7,50 € = 25 €  
- 1 € de la participation forfaitaire = 24 €

vos remboursements de soins							
dates	nature des prestations	montant payé	base du remboursement		montant versé	organisme complémentaire	
			taux			taux	prix
01 05 17	pour PATRICK né(e) le xx xx xx PARCOURS COORDONNE - MEDECIN TRAITANT GENERALISTE Sect1 (C+PC) participation forfaitaire (PFH) ref 0751 091680003072	25,00	25,00	70 %	17,50 - 1,00	50 %	7,50

**A noter :**  
Pour les prestations figurant ci-après vous n'avez pas réglé directement votre professionnel, les participations forfaitaires ou les franchises n'ont donc pas été payées. C'est pourquoi elles sont prélevées de manière différée sur ce remboursement.

16 12 16	PHARMACIE pour PATRICK né(e) le xx xx xx	(0902546376)	- 1,50
16 12 16	PHARMACIE pour PATRICK né(e) le xx xx xx	(0902546377)	- 0,50

réglé le 25 05 17 : 22,00 euros

Montant remboursé : 24 € - 2 € = 22 €

20 05 17	ref 0021 0941210003879 ACTE D IMAGERIE (ADI) participation forfaitaire (PFH)	120,00	90,72	70 %	63,50 - 1,00	50 %	45,36
----------	--	--------	-------	------	-----------------	------	-------

réglé le 25 05 15 : 107,86 euros

Référence du dossier à fournir en cas de réclamation

Exemples de codes-actes permettant d'indiquer la nature des soins effectués

pour votre information							
dates	nature des prestations	montant dépense	base du remboursement		montant payé	organisme complémentaire	
			taux			taux	prix
05 05 17	pour PATRICK né(e) le xx xx xx maladie ref 0031 0913150006955 PHARMACIE (PH7+PC) franchise à retenir (1) (3 FRT) ref 0031 0913150006970	19,89	19,89	100%	19,89 - 1,50		
06 05 17	PHARMACIE (PH7+PC) franchise à retenir (1) (FRT)	11,81	11,81	100%	11,81 - 0,50		
réglé au destinataire PHARM XXXXX XXXXXX :		31,70 euros					

Indication des remboursements effectués sur le compte d'autres destinataires (professionnels de santé). C'est le principe du tiers payant (dispense d'avance des frais à l'assuré).

(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 € seront retenus lors d'un prochain remboursement.

RG = Régime général (part de base)  
RC = Régime complémentaire (part complémentaire)