

RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Bénéficiaire:

Nom: MAHLER
Prénom: CLOTHILDE
N° Sécurité sociale : 2 61 02 67 482 586
Date et rang de naissance : 26/02/1961 - 1
Nom de l'org. complémentaire : IRP STANDARD

Réf. almerys : 70506139
PEC n° 83475
N° almerys : 2025012800083475

Praticien :
Nom: ESKENAZI ROBERT (134020551)
Adresse : 78 BD MIREILLE LAUZE
Code postal : 13010
Ville : MARSEILLE
Téléphone : 04 91 79 85 82
Fax : 04 91 25 57 81
Date de la PEC : 28/01/2025
Date de fin de validité de la PEC : 27/07/2025
Date de péremption de la PEC : 27/07/2025

Taux : 60% Régime général

N° Dent	Nature de l'acte	Cotation CCAM ou NGAP	Acte non remboursé RO	Honoraires	Base de remboursement RO	Montant RO	Montant RC
15	Couronne transitoire RAC0	CT0		60,00 €	10,00 €	6,00 €	54,00 €
15	Inlay core RAC0	IC0		175,00 €	90,00 €	54,00 €	121,00 €
15	Couronne zircono RAC0	CZ0		440,00 €	120,00 €	72,00 €	368,00 €

Montant total net TTC	675,00 €
Montant pris en charge par le régime obligatoire	132,00 €
Montant pris en charge par le régime complémentaire	543,00 €
Montant total à régler par l'assuré	0,00 €

Cette prise en charge prend en compte l'accord conclu dans le cadre du réseau FILTRE DENTAIRE ALMERYS

Aucune réclamation ne sera prise en compte passé 6 mois à compter de la date de facture.
ATTENTION: Cette prise en charge doit être impérativement jointe à la facture.

Docteur Robert ESKENAZI
SELARL de Chirurgiens dentistes
78 Bd Mireille Lauze
13010 Marseille
04-91-79-85-82
N° FINESS 134020551

Pec N° 83475
Facture N° 05022025

MAHLER CLOTHILDE

289 av de la capelette

13010 marseille

Date de naissance: 26-02-61

N° sécu.: 261026748258670

Mutuelle: IRP STANDARD

Date de fin de soins
28/01/2025

Marseille le 05 Février 2025

Facture acquittée dans sa totalité par M CLOTHILDE MAHLER pour ses soins dentaires dont vous trouverez le détail ci-dessous.

Cette facture comprend le paiement par le/la patient(e) du remboursement de la sécurité sociale, remboursement de la mutuelle et celui du reste à charge. Par conséquent, sur présentation de cette facture acquittée, votre assuré(e) attend le remboursement des frais garantis par sa complémentaire santé.

DATE:	DENT:	MAT.	PANIER	PRIX	BASE	S.S.	MUT.	R.A.C.
30-11-0001 HBLD350	15 1-2-3-4-5 Couronne dentaire de	emax	R.0	440,00	120,00	72,00	368,00	0
30-11-0001 HBLD090	15 Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	54,00	121,00	0
28-01-2025 HBLD490	15 Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	6,00	54,00	0
Total:				675,00	220,00	132,00	543,00	0

SELARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREILLE LAUZE

78, Bd Mireille Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04.91.79.85.82
477 882 605 R.C.S. Marseille