



# RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Réf. MGEFI : 34753498  
PEC n° 57960

## 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 : 22/07/2021  
Date de fin de validité de la PEC : 18/01/2022  
Date de péremption de la PEC : 18/01/2022

## Bénéficiaire :

Nom : GALLI  
Prénom : JEANINE  
N° Sécurité sociale : 2 48 04 13 055 388  
Date et rang de naissance : 15/04/1948 - 1  
Nom de l'org. complémentaire : MGEFI

Taux : 70% Régime général

| N° Dent | Nature de l'acte                | Code CCAM<br>ou NGAP | Acte non<br>remboursé<br>RO | Honoraires | Base de<br>remboursement<br>RO | Montant RO | Montant RC |
|---------|---------------------------------|----------------------|-----------------------------|------------|--------------------------------|------------|------------|
| 15      | Prothèse fixe RAC modéré        | PF1                  |                             | 550,00 €   | 120,00 €                       | 84,00 €    | 416,00 €   |
| 15      | Inlay core RAC modéré           | IC1                  |                             | 175,00 €   | 90,00 €                        | 63,00 €    | 112,00 €   |
| 15      | Couronne transitoire RAC modéré | CT1                  |                             | 60,00 €    | 10,00 €                        | 7,00 €     | 53,00 €    |
| 46      | Prothèse fixe RAC modéré        | PF1                  |                             | 550,00 €   | 120,00 €                       | 84,00 €    | 416,00 €   |
| 46      | Inlay core RAC modéré           | IC1                  |                             | 175,00 €   | 90,00 €                        | 63,00 €    | 112,00 €   |
| 46      | Couronne transitoire RAC modéré | CT1                  |                             | 60,00 €    | 10,00 €                        | 7,00 €     | 53,00 €    |

|                                                     |          |
|-----------------------------------------------------|----------|
| Montant total net TTC                               | 1 570,00 |
| Montant pris en charge par le régime obligatoire    | 308,00   |
| Montant pris en charge par le régime complémentaire | 1 162,00 |
| Montant total à régler par l'assuré                 | 100,00   |

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.

Ce document est la propriété de l'assuré. Conformément à la loi informatique et liberté, l'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification de ses données auprès de son organisme complémentaire santé. Les praticiens peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification des données les concernant auprès de la MGEFI - 46, rue du Ressort - 63967 - Clermont-Ferrand CEDEX 9.