

Docteur Robert ESKENAZI

SELARL de Chirurgiens dentistes

78 Bd Mireille Lauze

13010 Marseille

04-91-79-85-82

NÂ° FINESS 134020551

NO Pec 47524
NO Facture 08122025

MOUSNIER STEPHEN

70 bd mireille lauze

13010 marseille

Date de naissance: 1984-09-24

NÂ° sÃ©cu.: 184091305578084

Mutuelle: **MNS**

Date de fin de soins 08/12/2025

Marseille le 8 décembre 2025

Facture acquittée dans sa totalité par M STEPHEN MOUSNIER 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.
01-12-2025	46							
HB�D038	1-2-3-4-5-6-7-8 Couronne Méta	emax	R.0	290,00	120,00	72,00	218	0,00
01-12-2025	47							
HBMD351	Restauration d'une dent sur	emax	R.M	350,00	100,00	60,00	40	250,00
19-11-2025	46							
HBGD027	Ablation d'une prothèse dent	emax	H.L.	50,00	0,00	0,00	0	50,00
19-11-2025	46							
HB�D490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	6,00	54	0,00
19-11-2025	47							
HB�D490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	6,00	54	0,00

Total: 810,00 240,00 144,00 366,00 300,00

SELARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREILLE LAUZE

78, Bd Mireille Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 79 85 82
477 882 685 R.C.S. Marseille

RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Réf. almerys : 72479809
PEC n° 47524
N° almerys : 2025120800047524

Praticien :

Nom: ESKENAZI ROBERT (134020551)
Adresse : 78 BD MIREILLE LAUZE
Code postal : 13010
Ville : MARSEILLE
Téléphone : 04 91 79 85 82
Fax :

Date de la PEC : 08/12/2025

Date de fin de validité de la PEC : 08/03/2026

Date de péremption de la PEC : 08/03/2026

Bénéficiaire:

Nom: MOUSNIER
Prénom: STEPHEN
N° Sécurité sociale : 1 84 09 13 055 780
Date et rang de naissance : 24/09/1984 - 1
Nom de l'org. complémentaire : MMS

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
47	Couronne transitoire RAC0	CT0		60,00 €	10,00 €	6,00 €	54,00 €
46	Couronne transitoire RAC0	CT0		60,00 €	10,00 €	6,00 €	54,00 €
46	Réparation sur prothèse	RPN	X	50,00 €	38,70 €	0,00 €	0,00 €
47	Inlay onlay RAC modéré	IN1		350,00 €	100,00 €	60,00 €	40,00 €
46	Prothèse fixe métallique RAC0	CM0		290,00 €	120,00 €	72,00 €	218,00 €

Montant total net TTC	810,00 €
Montant pris en charge par le régime obligatoire	144,00 €
Montant pris en charge par le régime complémentaire	366,00 €
Montant total à régler par l'assuré	300,00 €

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.