

Cabinet Dentaire Capelette
78 boulevard Mireille Lauze
13010 MARSEILLE
04 91 79 85 82
Consultations sur rendez-vous

MARSEILLE, le 29/02/2024

FACTURE N°29022024

Numéro de PEC : 91502
Numéro FINESS : 134752492
Nom du praticien : Docteur JAMILA NAIT-RAISS
Date de fin de soins : 29/02/2024
Nom de la mutuelle : APIVIA MUTUELLE
N° de sécurité sociale : 181039935118603
Date de naissance : 20/03/1981

Facture à nous acquitter concernant la part mutuelle de 543 euros pour le devis de prothèses dentaires de M. DAKHLI KHAIREDDINE
Le patient a acquitté en totalité son reste à charge uniquement.

Description détaillée des actes effectués:
Couronne transitoire DENT 25 RAC-0 CODE HBLD490 à 60 euros
Couronne DENT 25 RAC-0 CODE HBLD350 à 440 euros
Inlay-Core DENT 25 RAC-0 CODE HBLD090 à 175 euros

Part R.O : 132 euros
Part R.C : 543 euros
Part à charge du patient : 0 euros

Dr JAMILA NAIT-RAISS
Dr JAMILA NAIT-RAISS
FINESS : 134752492
78 BD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE
TEL : 04 91 79 85 82

RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Praticien :

Nom: NAIT RAISS JAMILA (134752492)
Adresse : 78 BD MIREILLE LAUZE SELAS
Code postal : 13010
Ville : MARSEILLE
Téléphone : 04 91 79 85 82
Fax : 04 91 25 57 81
Date de la PEC : 16/02/2024
Date de fin de validité de la PEC : 16/05/2024
Date de péremption de la PEC : 16/05/2024

Bénéficiaire:

Nom: DAKHLI
Prénom: KHAIREDDINE
N° Sécurité sociale : 1 81 03 99 351 186
Date et rang de naissance : 20/03/1981 - 1
Nom de l'org. complémentaire : APIVIASANTA

Réf. almerys : 46055619
PEC n° 91502
N° almerys : 2024021600091502

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
25	Couronne transitoire RACO	CT0		60,00 €	10,00 €	6,00 €	54,00 €
25	Couronne zircone RACO	CZ0		440,00 €	120,00 €	72,00 €	368,00 €
25	Inlay core RACO	IC0		175,00 €	90,00 €	54,00 €	121,00 €

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 €

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 d'almerys - 46, rue du Ressort - 63967 - Clermont-Ferrand CEDEX 9.