

Docteur Robert **ESKENAZI**
SELARL de Chirurgiens dentistes
78 Bd Mireille Lauze
13010 Marseille
04-91-79-85-82
N° FINESS 13402551

FACTURE N°
11042024

HARHAR ACHRAF
180 RUE FERRARI
13005 MARSEILLE
Date de naissance: 1989-11-14
N° sécu.: 189119935081810
Mutuelle: AG2R LA MONDIALE *VIA SANTE*

PEC N° 62010
Date de fin de soins le 11/04/24

marseille le 11 Avril 2024

Facture acquittée dans sa totalité par M ACHRAF HARHAR 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.

DENT	CODE	DESCRIPTION	MAT.	PANIER	PRIX	BASE	S.S.	MUT.	R.A.C.
12	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	72,00	428.00	0,00
22	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	72,00	428.00	0,00
22	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	6,00	<i>54.00</i>	<i>0.00</i>
12	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	6,00	<i>54.00</i>	<i>0.00</i>

Total:	1 120,00	260,00	156,00	<i>964.00</i>	<i>0.00</i>
--------	----------	--------	--------	---------------	-------------

SELARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREILLE LAUZE
78, Bd Mireille Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04.91.79.85.82
477 682 685 R.C.S. Marseille

RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Réf. almerys : 45706166
PEC n° 62010
N° almerys : 2024032500062010

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 : 25/03/2024
Date de fin de validité de la PEC : 25/12/2024
Date de péremption de la PEC : 25/12/2024

Bénéficiaire:
Nom: HARHAR
Prénom: ACHRAF
N° Sécurité sociale : 1 89 11 99 350 818
Date et rang de naissance : 14/11/1989 - 1
Nom de l'org. complémentaire : AG2RLM VIASANTE

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
12	Couronne transitoire RAC0	CT0		60,00 €	10,00 €	6,00 €	54,00 €
22	Couronne transitoire RAC0	CT0		60,00 €	10,00 €	6,00 €	54,00 €
12	Prothèse fixe RAC0	PF0		500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €
22	Prothèse fixe RAC0	PF0		500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €

Montant total net TTC	1 120,00 €
Montant pris en charge par le régime obligatoire	156,00 €
Montant pris en charge par le régime complémentaire	964,00 €
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.