

Cabinet Dentaire Capelette

78 boulevard Mireille Lauze

13010 MARSEILLE

04 91 79 85 82

Consultations sur rendez-vous

MARSEILLE, le 16/04/2024

FACTURE N°16042024

Numéro de PEC : 37391

Numéro FINESS : 134000272

Nom du praticien : **Docteur SOPHIE DURAND**

Date de fin de soins : 16/04/2024

Nom de la mutuelle : IRP AUTO

N° de sécurité sociale : 286121305585704

Date de naissance : 23/12/1986

Facture à nous acquitter concernant la part mutuelle de 459 euros pour le devis de prothèses dentaires de Mme DUMAINE AURELIE

Le patient a acquitté en totalité son reste à charge uniquement.

Description détaillée des actes effectués:

Couronne transitoire RAC-M DENT 17 CODE HBLD724 à 60 euros

Couronne RAC-M DENT 17 CODE HBLD158 à 550 euros

Inlay-core RAC-M DENT 17 CODE HBLD745 à 175 euros

Part R.O : 132 euros

Part R.C : 459 euros

Part à charge du patient : 194 euros

Dr DURAND SOPHIE
FINESS : 134000272
78 BD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE
TEL 0491798582

RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Praticien :

Nom: DURAND SOPHIE (134000272)
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 : 16/04/2024
Date de fin de validité de la PEC : 13/10/2024
Date de péremption de la PEC : 13/10/2024

Bénéficiaire:

Nom: DUMAINE
Prénom: AURELIE
N° Sécurité sociale : 2 86 12 13 055 857
Date et rang de naissance : 23/12/1986 - 1
Nom de l'org. complémentaire : IRP STANDARD

Réf. almerys : 68766477
PEC n° 37391
N° almerys : 2024041600037391

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
17	Couronne transitoire RAC modéré	CT1		60,00 €	10,00 €	6,00 €	26,00 €
17	Prothèse fixe RAC modéré	PF1		550,00 €	120,00 €	72,00 €	312,00 €
17	Inlay core RAC modéré	IC1		175,00 €	90,00 €	54,00 €	121,00 €

Montant total net TTC	785,00 €
Montant pris en charge par le régime obligatoire	132,00 €
Montant pris en charge par le régime complémentaire	459,00 €
Montant total à régler par l'assuré	194,00 €

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.