

RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Réf. MGEFI : 34808609
PEC n° 2635

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 : 04/04/2024
Date de fin de validité de la PEC : 01/10/2024
Date de péremption de la PEC : 01/10/2024

Bénéficiaire:

Nom: CASALI
Prénom: BRUNO
N° Sécurité sociale : 1 56 07 13 055 219
Date et rang de naissance : 25/07/1956 - 1
Nom de l'org. complémentaire : MGEFI

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
13-17, 24-27	Prothèse amovible RAC modéré	PA1		1 400,00 €	258,00 €	154,80 €	1 135,80 €

Montant total net TTC	1 400,00 €
Montant pris en charge par le régime obligatoire	154,80 €
Montant pris en charge par le régime complémentaire	1 135,80 €
Montant total à régler par l'assuré	109,40 €

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.

Cabinet Dentaire Capelette

78 boulevard Mireille Lauze

13010 MARSEILLE

04 91 79 85 82

Consultations sur rendez-vous

MARSEILLE, le 14/05/2024

FACTURE N°14052024

Numéro de PEC : 2635

Numéro FINESS : 134000272

Nom du praticien : **Docteur SOPHIE DURAND**

Date de fin de soins : 14/05/2024

Nom de la mutuelle : MGEFI GROUPE VVV

N° de sécurité sociale : 156071305521945

Date de naissance : 25/07/1956

Facture à nous acquitter concernant la part mutuelle de 1135.80 euros pour le devis de prothèses dentaires de M. CASALI BRUNO

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

Description détaillée des actes effectués:

Prothèse amovible à châssis métallique RAC-M DENT 13 14 15 16 17 24 25 26 27 CODE HBLD435 à 1400 euros

Part R.O : 154.80 euros

Part R.C : 1135.80 euros

Part à charge du patient : 109.40 euros

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