

Cabinet Dentaire Capelette

78 boulevard Mireille Lauze

13010 MARSEILLE

04 91 79 85 82

Consultations sur rendez-vous

MARSEILLE, le 19/07/2024

FACTURE N°19072024

Numéro de PEC : 9497

Numéro FINESS : 134752492

Nom du praticien : **Docteur JAMILA NAIT RAÏSS**

Date de fin de soins : 02/07/2024

Nom de la mutuelle : ALAN

N° de sécurité sociale : 193046204141889

Date de naissance : 30/04/1993

Facture à nous acquitter concernant la part mutuelle de 407 euros pour le devis de prothèses dentaires de M. DELESTREZ FLORIAN

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

Description détaillée des actes effectués :

Couronne transitoire RAC-M DENT 47 CODE HBLD724 à 60 euros

Couronne RAC-M DENT 47 CODE HBLD158 à 550 euros

Inlay-core RAC-M DENT 47 CODE HBLD745 à 175 euros

Total : 785 euros

Part R.O : 132 euros

Part R.C : 407 euros

Part à charge du patient : 246 euros

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

RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Réf. alмерыs : 69733112
PEC n° 9497
N° alмерыs : 2024060400009497

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 : 04/06/2024
Date de fin de validité de la PEC : 01/12/2024
Date de péremption de la PEC : 01/12/2024

Bénéficiaire:
Nom: DELESTREZ
Prénom: FLORIAN
N° Sécurité sociale : 1 93 04 62 041 418
Date et rang de naissance : 30/04/1993 - 1
Nom de l'org. complémentaire : ALAN

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 RAC modéré	CT1		60,00 €	10,00 €	6,00 €	22,00 €
47	Inlay core RAC modéré	IC1		175,00 €	90,00 €	54,00 €	121,00 €
47	Prothèse fixe RAC modéré	PF1		550,00 €	120,00 €	72,00 €	264,00 €

Montant total net TTC	785,00 €
Montant pris en charge par le régime obligatoire	132,00 €
Montant pris en charge par le régime complémentaire	407,00 €
Montant total à régler par l'assuré	246,00 €

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.