

Cabinet Dentaire Capelette

78 boulevard Mireille Lauze

13010 MARSEILLE

04 91 79 85 82

Consultations sur rendez-vous

MARSEILLE, le 25/07/2024

FACTURE N°250772024

Numéro de PEC : 64697

Numéro FINESS : 134048735

Nom du praticien : Docteur **ELSA ESKENAZI SOLAL**

Date de fin de soins : 25/07/2024

Nom de la mutuelle : MUTUELLE GENEREALE FRANCE

N° de sécurité sociale : 181091305510434

Date de naissance : 03/09/1981

Facture à nous acquitter concernant la part mutuelle de 653 euros pour le devis de prothèses dentaires de M. DONSIMONI JEREMY

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

Description détaillée des actes effectués:

Couronne transitoire DENT 37 RAC-M CODE HBLD724 à 60 euros

Couronne DENT 37 RAC-M CODE HBLD158 à 550 euros

Inlay-core DENT 37 RAC-M CODE HBLD745 à 175 euros

Total : 785 euros

Part R.O : 132 euros

Part R.C : 653 euros

Part à charge du patient : 0 euros

Dr ELSA ESKENAZI SOLAL
FINESS : 134048735
78 BD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE
TEL : 0491798582

RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Réf. alмеры : 46637268
PEC n° 64697
N° alмеры : 2024072600064697

Praticien :
Nom: ESKENAZI SOLAL ELSA (134048735)
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 : 26/07/2024
Date de fin de validité de la PEC : 22/04/2025
Date de péremption de la PEC : 22/04/2025

Bénéficiaire:
Nom: DONSIMONI
Prénom: Jeremy
N° Sécurité sociale : 1 81 09 13 055 104
Date et rang de naissance : 03/09/1981 - 1
Nom de l'org. complémentaire : COLLECTIF DROIT PRIVE LP

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
37	Couronne transitoire RAC modéré	CT1		60,00 €	10,00 €	6,00 €	54,00 €
37	Prothèse fixe RAC modéré	PF1		550,00 €	120,00 €	72,00 €	478,00 €
37	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	653,00 €
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'alмеры - 46, rue du Ressort - 63967 - Clermont-Ferrand CEDEX 9.