

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°250720024

Numéro de PEC : 21385

Numéro FINESS : 134000272

Nom du praticien : **Docteur SOPHIE DURAND**

Date de fin de soins : 25/07/2024

Nom de la mutuelle : INTERIMAIRES SANTE

N° de sécurité sociale : 184057511522511

Date de naissance : 22/05/1984

Facture à nous acquitter concernant la part mutuelle de 603 euros pour le devis de prothèses dentaires de M. MARTINS FILIPE

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

Description détaillée des actes effectués:

Couronne transitoire DENT 24 RAC-0 CODE HBLD490 à 60 euros

Couronne DENT 24 RAC-0 CODE HBLD680 à 500 euros

Inlay-core DENT 24 RAC-0 CODE HBLD090 à 175 euros

Total : 735 euros

Part R.O : 132 euros

Part R.C : 603 euros

Part à charge du patient : 0 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 : 25/07/2024
Date de fin de validité de la PEC : 23/10/2024
Date de péremption de la PEC : 23/10/2024

Bénéficiaire:

Nom: MARTINS
Prénom: FILIPE
N° Sécurité sociale : 1 84 05 75 115 225
Date et rang de naissance : 22/05/1984 - 1
Nom de l'org. complémentaire : INTERIMAIRES SANTE

Réf. almerys : 71284397
PEC n° 21385
N° almerys : 2024072500021385

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
24	Couronne transitoire RAC0	CT0		60,00 €	10,00 €	6,00 €	54,00 €
24	Prothèse fixe RAC0	PF0		500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €
24	Inlay core RAC0	IC0		175,00 €	90,00 €	54,00 €	121,00 €

Montant total net TTC	735,00 €
Montant pris en charge par le régime obligatoire	132,00 €
Montant pris en charge par le régime complémentaire	603,00 €
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'almerys - 46, rue du Ressort - 63967 - Clermont-Ferrand CEDEX 9.