

RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Réf. alмерыs : 71783964
PEC n° 28345
N° alмерыs : 2024080500028345

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 : 05/08/2024
Date de fin de validité de la PEC : 03/11/2024
Date de péremption de la PEC : 03/11/2024

Bénéficiaire:

Nom: AZOULAY
Prénom: JOELLE
N° Sécurité sociale : 2 53 10 68 224 124
Date et rang de naissance : 13/10/1953 - 1
Nom de l'org. complémentaire : MMS

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
25	Couronne transitoire RAC0	CT0		60,00 €	10,00 €	6,00 €	54,00 €
25	Couronne zircone RAC0	CZ0		440,00 €	120,00 €	72,00 €	368,00 €
25	Inlay core RAC0	IC0		175,00 €	90,00 €	54,00 €	121,00 €

Montant total net TTC	675,00 €
Montant pris en charge par le régime obligatoire	132,00 €
Montant pris en charge par le régime complémentaire	543,00 €
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.

Cabinet Dentaire Capelette

78 boulevard Mireille Lauze

13010 MARSEILLE

04 91 79 85 82

Consultations sur rendez-vous

MARSEILLE, le 13/09/2024

FACTURE 12092024

Numéro de PEC :28345

Numéro FINESS : 134000272

Nom du praticien :**Docteur SOPHIE DURAND**

Date de fin de soins : 12/09/2024

Nom de la mutuelle : MACIF MUTUALITE

N° de sécurité sociale : 253106822412435

Date de naissance :13/10/1953

Facture à nous acquitter concernant la part mutuelle de 543 euros pour le devis de prothèses dentaires de Mme AZOULAY JOELLE

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

Description détaillée des actes effectués:

Couronne transitoire dent 25 RAC0 code HBLD350

Couronne zircone dent 25 RAC0 code HBLD490

Inlay core dent 25 RAC0 code HBLD090

Total : 675,00 €

Part R.O : 132,00 €

Part R.C : 543,00 €

Part à charge du patient : 0,00 €