

## RELEVÉ D'HONORAIRES

Edité le jeudi 12 septembre 2024 10:43

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cabinet Dentaire Capelette</b><br>78 boulevard Mireille Lauze<br>13010 MARSEILLE<br><br>Numéro de structure:<br>Téléphone: 04 91 79 85 82 / Fax:<br><br><b>Praticien: Dr. LACROIX EDOUARD - Chirurgien dentiste</b><br>N° RPPS: 10102088357<br>N° Adeli: 134019355<br><br>Téléphone:<br>Email: pec.edouard.cab@gmail.com | <b>COLENT ALEXANDRE</b><br>162 av de la timone bat G1<br><br>13010 MARSEILLE<br><br><b>Patient: COLENT ALEXANDRE</b><br>Numéro de dossier: 17535213<br>Né(e) le: 17/07/1978<br>Numéro Sécurité Sociale: 178076938809010<br><br><b>Assuré:</b><br>Né(e) le:<br>Numéro Sécurité Sociale:<br>R.O: 087560100 - CNMSS Affiliés<br>R.C:<br>Numéro de contrat ou d'adhérent:<br>Numéro PEC: |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Description détaillée des actes effectués:

| Date     | Dent | Désignation des actes   | Matériaux | Cotation | Regr. | BRSS    | TP RO   | TP RC | AES | Honoraires |
|----------|------|-------------------------|-----------|----------|-------|---------|---------|-------|-----|------------|
| 22/08/24 | 1    | Détartrage et polissage |           | HBJD001  | AXI   | 28,92 € | 17,35 € | 0 €   |     | 28,92 €    |
| 22/08/24 | 2    | Détartrage et polissage |           | HBJD001  | AXI   | 14,46 € | 8,68 €  | 0 €   |     | 14,46 €    |
| 22/08/24 |      | Panoramique             |           | HBQK002  | AID   | 20,00 € | 12,00 € | 0 €   |     | 20,00 €    |
| TOTAL    |      |                         |           |          |       | 63,38 € | 38,03 € | 0 €   | 0 € | 63,38 €    |

|                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Part R.O:                 | 38,03 €                  |
| Part R.C:                 | 0 €                      |
| Part AES:                 | 0 €                      |
| Part à charge du patient: | 25,35 €                  |
| Montant payé:             | 25,35 €                  |
| Mode de paiement:         | Cartes Bancaires Patient |
| Reste à payer:            | 0,00 €                   |

|                                                   |                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Signature du patient ou de son représentant légal | Signature du patient<br><b>Dr. EDOUARD LACROIX</b><br>FINESS: 134019355<br>78 BD MIREILLE LAUZE<br>13010 MARSEILLE<br>TEL : 0491798582 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|