

RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Praticien :
Nom: ESKENAZI ROBERT (134020551)
Adresse : 78 BD MIREILLE LAUZE
Code postal : 13010
Ville : MARSEILLE
Téléphone : 04 91 79 85 82
Fax : 04 91 25 57 81
Date de la PEC : 30/09/2024
Date de fin de validité de la PEC : 27/06/2025
Date de péremption de la PEC : 27/06/2025

Bénéficiaire:
Nom: BAQUERRE
Prénom: Michel
N° Sécurité sociale : 1 62 08 30 007 141
Date et rang de naissance : 27/08/1962 - 1
Nom de l'org. complémentaire : COLLECTIF FONCTIONNAIRE LP

Réf. almerys : 46391735
PEC n° 76379
N° almerys : 2024093000076379

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

Montant total net TTC	1 470,00 €
Montant pris en charge par le régime obligatoire	264,00 €
Montant pris en charge par le régime complémentaire	1 206,00 €
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.