

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 : 20/11/2024
Date de fin de validité de la PEC : 17/08/2025
Date de péremption de la PEC : 17/08/2025

Bénéficiaire:

Nom: KALIFA
Prénom: Lucette
N° Sécurité sociale : 2 44 12 99 353 528
Date et rang de naissance : 21/12/1944 - 1
Nom de l'org. complémentaire : STATUTAIRES

Réf. almerys : 10648527
PEC n° 88470
N° almerys : 202411200008470

Taux : 100%						
-------------	--	--	--	--	--	--

N° Dent	Nature de l'acte	Cotation CCAM ou NGAP	Acte non remboursé RO	Honoraires	Base de remboursement RO	Montant RO	Montant RC
16	Acte de Chirurgie Dentaire	ASC		150,00 €	87,78 €	87,78 €	43,89 €
16	Implantologie	IMP	X	700,00 €	422,18 €	0,00 €	550,00 €
16	Implantologie	IMP	X	250,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Montant total net TTC	1 100,00 €
Montant pris en charge par le régime obligatoire	87,78 €
Montant pris en charge par le régime complémentaire	593,89 €
Montant total à régler par l'assuré	418,33 €

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.