

Cabinet Dentaire Capelette

78 boulevard Mireille Lauze

13010 MARSEILLE

04 91 79 85 82

Consultations sur rendez-vous

MARSEILLE, le 22/11/2024

FACTURE 221120241

Numéro de PEC : 87273

Numéro FINESS : 134048735

Nom du praticien : **Docteur ELSA ESKENAZI SOLAL**

Date de fin de soins : 22/11/2024

Nom de la mutuelle : IRP STANDARD

N° de sécurité sociale : 264011305541686

Date de naissance : 25/01/1964

Facture à nous acquitter concernant la part mutuelle de 2394,75 euros pour le devis de prothèses dentaires de Mme LOVARCO MARTINE

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

Description détaillée des actes effectués:

Dent n°26 Implantologie code HBLD418 à 650,00 €

Dent n°36 Implantologie code HBLD418 à 650,00 € €

Dent n°46 Implantologie code HBLD418 à 650,00 €

Dent n°26, 36, 46 Implantologie code HBGD030 à 750,00 €

Total : 2700,00 €

Part R.O : 195,50 €

Part R.C : 2394,75 €

Part à charge du patient : 111,75 €

ELSA ESKENAZI SOLAL
FINESS : 134048735
78 BD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE
TEL : 0491798582

RÉPONSE PRISE EN CHARGE DENTAIRE

Praticien :

Nom: ESKENAZI SOLAL ELSA (134048735)
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 : 18/11/2024
Date de fin de validité de la PEC : 18/05/2025
Date de péremption de la PEC : 18/05/2025

Bénéficiaire:

Nom: LOVARCO
Prénom: MARTINE
N° Sécurité sociale : 2 64 01 13 055 416
Date et rang de naissance : 25/01/1964 - 1
Nom de l'org. complémentaire : IRP STANDARD

Réf. almerys : 68634332
PEC n° 87273
N° almerys : 2024111800087273

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
26	Implantologie	IMP		650,00 €	107,50 €	64,50 €	548,25 €
36	Implantologie	IMP		650,00 €	107,50 €	64,50 €	548,25 €
46	Implantologie	IMP		650,00 €	107,50 €	64,50 €	548,25 €
26, 36, 46	Implantologie	IMP	X	750,00 €	0,00 €	0,00 €	750,00 €

Montant total net TTC	2 700,00 €
Montant pris en charge par le régime obligatoire	193,50 €
Montant pris en charge par le régime complémentaire	2 394,75 €
Montant total à régler par l'assuré	111,75 €

Cette prise en charge prend en compte l'accord conclu dans le cadre du réseau FILTRE DENTAIRE ALMERYS

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.