

PS: ESKENAZI ROBERT

Bénéficiaire: Evelyne
BELLET

Type de demande: Prise en
charge

Résultat Synthèse

Infos prise en charge

Type N° Date PEC Taux
PEC

Dentaire 8994230/11/2022 70%

Informations bénéficiaire

Nom / Date de N° Contrat Organisme
Prénom naissance NNI complémentaire
BELLET 23/12/1953 25312050618125234868600 STATUTAIRES
Evelyne - 1 (98536857)

Informations professionnel de santé

Nom / Identifiant Fax Mail
Prénom
ESKENAZI 134020551 04 91 25 57 81
ROBERT

Prestation	Code CCAM ou NGAP	Nb de dents	N° Période ou Année	Date début	Honoraires	Montant RO	Montant accordé	Montant reste à charge
Acte de Chirurgie	ADC	2			400.00	0.00	0.00	
Bénéficiaire non couvert pour garantie = hors périmètre								
Implantologie	IMP	2			1400.00	0.00	1100.00	
Implantologie	IMP	1			700.00	75.25	350.00	
Implantologie	IMP	1			700.00	75.25	300.00	
TOTAUX					3200.00	150.50	1750.00	1299.50

ATTENTION: Vous devez valider cette prise en charge si vous souhaitez être garanti du paiement à hauteur du montant accordé sur cette réponse de prise en charge.

Version 4.6.12