

VISUALISATION D'UNE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Informations

Date effet demande : 20/03/2025
Nature d'assurance : 10 - Maladie
Numéro demande : 46427594

Bénéficiaire

Nom : DUMONTHIER COLETTE
N° SS : 260078312601656
né(e) le : 19/07/1960 (Rang : 1)
Mutuelle : MUTUELLES DU SOLEIL
Tiers Payant : RC
Date de radiation : 29/06/2025
Situation RO particulière : 60 %

Professionnel de santé

Numéro : 134020551
ROBERT ESKENAZI
78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE

Récapitulatif des actes

Code CCAM	Code regroupement	Dent(s)	Honoraires	Base Rbt RO	Taux RO	Mnt Rbt RO *	Mnt Rbt RC	Reste à Charge	Détail
HBLD490 ^(?)	CT0	35	60.00 €	10.00 €	60 %	6.00 €	54.00 €	0.00 €	
HBLD490 ^(?)	CT0	34	60.00 €	10.00 €	60 %	6.00 €	54.00 €	0.00 €	
HBLD490 ^(?)	CT0	23	60.00 €	10.00 €	60 %	6.00 €	54.00 €	0.00 €	
		Total	180.00 €			18.00 €	162.00 €	0.00 €	

(*) Montant RO donné à titre indicatif, sous réserve de droits auprès du régime obligatoire

Information sur la demande

Cette demande a été acceptée.

La facturation de cette prise en charge est en cours (N° de facture : 20032025, date fin de soins : 20/03/2025).

Action sur la demande

 Précédent  Imprimer