

RECU D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

Le Mercredi 4 Février 2026

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant RPPS : **10110410841****Dr. Federica PISCOPO****Conventionné**

Identification de la structure

(Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

SELAS PEDREJON ET PISCOPO**9 voie de la Garenne bureau****N°1****27930 GUICHAINVILLE**N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : **983098021000144**

Identification du patient

Nom et prénom : **Mr. MENAGER Bruno**Date de naissance : **04/02/1954**N° de Sécurité sociale de l'assuré : **1540227229010 09**

A remplir par l'assuré

Identification de l'assurance complémentaire :

Nom de la complémentaire :

N° de contrat ou d'adhérent :

Adresse électronique de l'assuré :

Je soussigné(e) Dr. Federica PISCOPO atteste avoir reçu le 15/01/2026 de Mr. MENAGER Bruno la somme de 9,20 € pour des actes effectués à la date du 15/01/2026

Description détaillée des actes effectués

Date de réalisation des actes	N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Code CCAM ou pour orthodontie cotation NGAP	Montant des honoraires	Base de rembour. ou NR	Remb. AMO	Remb. AMC
15/01/2026		Consultation	CD1	23,00	23,00	13,80	
Total €				23,00	23,00	13,80	0,00

Facture acquittée

Règlement :

Montant réglé par le patient : **9,20 €**Mode de règlement : ☐ Espèces ☐ Chèque ☒ Carte bancaire☐ Autres :Date de règlement : **15/01/2026**

Cachet du praticien

CABINET DENTAIRE
SELAS PEDREJON ET PISCOPO
9 Voie de la Garenne Bureau N°1
27930 GUICHAINVILLE
Siret : 983 098 021 00014
TVA FR54 983 098 021

RECU D'HONORAIRES

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris)

Le Mercredi 4 Février 2026

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant RPPS : **10110410841****Dr. Federica PISCOPO****Conventionné**

Identification de la structure

(Raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

SELAS PEDREJON ET PISCOPO**9 voie de la Garenne bureau****N°1****27930 GUICHAINVILLE**N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : **983098021000144**

Identification du patient

Nom et prénom : **Mme MENAGER Marylene**Date de naissance : **06/06/1961**N° de Sécurité sociale de l'assuré : **2610627428066 56**

A remplir par l'assuré

Identification de l'assurance complémentaire :

Nom de la complémentaire :

N° de contrat ou d'adhérent :

Adresse électronique de l'assuré :

Je soussigné(e) Dr. Federica PISCOPO atteste avoir reçu le 03/02/2026 de Mme MENAGER Marylene la somme de 52,60 € pour des actes effectués entre le 19/01/2026 et le 03/02/2026

Description détaillée des actes effectués

Date de réalisation des actes	N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Code CCAM ou pour orthodontie cotation NGAP	Montant des honoraires	Base de rembour. ou NR	Remb. AMO	Remb. AMC
19/01/2026	01	Detartrage	HBJD001	28,92	28,92	17,35	
19/01/2026	02	Detartrage	HBJD001	14,46	14,46	8,68	
19/01/2026	01 02	Panoramique De [453]	HBQK002	20,00	20,00	12,00	
03/02/2026	34	Composite 3 Face Pst	HBMD038	68,12	68,12	40,87	
Total €				131,50	131,50	78,90	0,00

Facture acquittée

Règlement :

Montant réglé par le patient : **52,60 €**Mode de règlement : ☐ Espèces ☐ Chèque ☒ Carte bancaire☐ Autres :Date de règlement : **03/02/2026**

Cachet du praticien

CABINET DENTAIRE
SELAS PEDREJON ET PISCOPO
9 Voie de la Garenne Bureau N°1
27930 GUICHAINVILLE
Siret : 983 098 021 00014
TVA FR54 983 098 021