

**RÉSEAU CHIRURGIENS-DENTISTES PARTENAIRES****7 Mail Pablo Picasso
44046 Nantes CEDEX 1****0 810 000 227** Service 0,06 €/min + prix appel

Date de l'édition : 12/09/2022

Société : MGAS

Dispense d'avance de frais RO: MGAS

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : REDON Date de naissance : 25/09/1957 Régime social : Régime général Prénom : ADELINA
Assuré	N° de contrat santé : 18104661 Nom : REDON Date de naissance : 07/08/1956 Adresse : M REDON CHRISTIAN RES LE LYCEE BAT C 13010 MARSEILLE 10 Prénom : CHRISTIAN
Praticien	ESKENAZI Robert 78 BD. MIREILLE LAUZE 13010 Marseille

A facturer sur le portail Santéclair dès la remise de la feuille de soin avant la date de fin de validité de l'accord

Réseau Chirurgiens-Dentistes Partenaires: Accord de prise en charge D.A.F.Numéro de dossier : T202209120220SIA
Date de création du dossier : 12/09/2022Calcul à la date du 12/09/2022
Cet accord est valable jusqu'au 11/12/2022

Nature de l'acte	Code Gestion	Cotation	Montant dépense en €	Prix Unitaire SS en €(*)	Montant Remb. SS en €	Montant DAF RC	Mt à charge en €
Couronne céramisée non zircone	PF1	HBLD158	550.00	120.00	84.00	216.00	250.00
Couronne céramisée non zircone	PF1	HBLD158	550.00	120.00	84.00	216.00	250.00
Inlay Core	IC1	HBLD745	175.00	90.00	63.00	49.50	62.50
Inlay Core	IC1	HBLD745	175.00	90.00	63.00	49.50	62.50
Couronne provisoire	CT1	HBLD724	60.00	10.00	7.00	18.00	35.00
Couronne provisoire	CT1	HBLD724	60.00	10.00	7.00	18.00	35.00
TOTALUX			1570.00 €	440.00 €	308.00 €	567.00 €	695.00 €

* Sous réserve de prise en charge par la Sécurité Sociale

Note d'honoraires subrogatoire

N° Identification : 134020551	Payable par :
Date de fin des soins :	Nom de la banque : Société Marseille de Crédit
N° note d'honoraires :	BIC : SMCTFR2AXXX
Date note d'honoraires :	IBAN : FR76 3007 7049 1011 4775 0020 030
Montant remboursable : 567.00	

MGAS COLLECTIF - Code Centre : MGAS

Coordonnées du praticien ESKENAZI Robert 78 BD. MIREILLE LAUZE 13010 Marseille Tel : 0491798582 Fax :	Cachet et signature du praticien	Partie réservée à l'assuré Je reconnais avoir reçu les soins ci-dessus et bénéficié de la dispense d'avance de frais sur la part de remboursement accordée par mon contrat complémentaire santé. Date et Signature de l'assuré
--	-------------------------------------	---

Le remboursement des prestations par la Complémentaire Santé exige l'enregistrement des données codées relatives aux actes effectués et aux prestations servies. Tout professionnel de santé peut exercer ses droits Informatique et Libertés (accès, rectification, effacement, limitation du traitement, portabilité, et droit d'opposition pour des motifs légitimes) auprès de Santéclair.

MGAS Siège social : 96 Avenue de Suffren, 75730 Paris cedex 15 - fax. 01 44 10 55 34 La Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS) est soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 784 301 475.