

**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 : 22/11/2021

Société : MAAF SANTE

Dispense d'avance de frais RO: MAAF

| Identification Patient/Assuré/Praticien |                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Patient                                 | Nom : LEFEBVRE Prénom : ALEXANDRA<br>Date de naissance : 14/10/1986<br>Régime social : Régime général                                                                                   |
| Assuré                                  | N° de contrat santé : 103045280K-SA01<br>Nom : LEFEBVRE Prénom : ALEXANDRA<br>Date de naissance : 14/10/1986<br>Adresse : MLE LEFEBVRE ALEXANDRA 30 RUE GUY DE MAUPASSANT 03410 DOMERAT |
| 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 : T202111220679SIA  
Date de création du dossier : 22/11/2021

Calcul à la date du 22/11/2021  
Cet accord est valable jusqu'au 20/02/2022

| Nature de l'acte           | Code Gestion | Cotation | Montant<br>dépense en € | Prix Unitaire SS<br>en €(*) | Montant Remb.<br>SS en € | Montant DAF<br>RC | Mt à charge en<br>€ |
|----------------------------|--------------|----------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------|
| Couronne provisoire        | CT0R-        | HBLD490  | 60.00                   | 10.00                       | 7.00                     | 53.00             | 0.00                |
| Inlay Core                 | IC0R-        | HBLD090  | 175.00                  | 90.00                       | 63.00                    | 112.00            | 0.00                |
| Couronne céramisée zircone | CZ0R-        | HBLD350  | 440.00                  | 120.00                      | 84.00                    | 356.00            | 0.00                |
| TOTALX                     |              |          | 675.00 €                | 220.00 €                    | 154.00 €                 | 521.00 €          | 0.00 €              |

\* 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 : 521.00 |                                                |

**MAAF COLLECTIF - Code Centre : 25**

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

Groupeement d'intérêt économique - R.C.S. NIORT C 392 735 171 - Adresse : Chauray - 79091 NIORT Cedex 9 - Tél. : 0 820 061 062 (0,12 #/min) - Fax : 05 49 08 52 56  
Page1 / 1