

Date de l'édition : 28/04/2023

Société : MMA

Dispense d'avance de frais RO: MMA

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : CERAMI Date de naissance : 10/11/1945 Régime social : Régime général Prénom : MADELEINE
Assuré	N° de contrat santé : 129481310 Nom : CERAMI Date de naissance : 10/11/1945 Prénom : MADELEINE Adresse : MME CERAMI MADELEINE 163 BOULEVARD RABATAU 13010 MARSEILLE
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 : T202304280743SIA
Date de création du dossier : 28/04/2023

Calcul à la date du 28/04/2023
Cet accord est valable jusqu'au 27/07/2023

Nature de l'acte	Code Gestion	Cotation	Montant dépende en €	Prix Unitaire SS en €(*)	Montant Remb. SS en €	Montant DAF RC	Mt à charge en €
Bridge céramisé	PF1	HBLD227	1600.00	279.50	195.65	642.85	761.50
Pilier de bridge supplémentaire	PFC	HBMD087	600.00	107.50	75.25	247.25	277.50
Inlay Core	IC1	HBLD745	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
Inlay Core	IC1	HBLD745	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
Inlay Core	ICO	HBLD245	230.00	90.00	63.00	167.00	0.00
Ablation d'une prothèse	RPN	HBGD027	40.20	0.00	0.00	0.00	40.20
Ablation d'une prothèse	RPN	HBGD027	40.20	0.00	0.00	0.00	40.20
Ablation d'une prothèse	RPN	HBGD027	40.20	0.00	0.00	0.00	40.20
Prothèse provisoire	PDT	HBLD034	250.00	0.00	0.00	0.00	250.00
TOTALUX			3150.60 €	657.00 €	459.90 €	1281.10 €	1409.60 €

* 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 : 1281.10	

MMA COLLECTIF - Code Centre : MANOSTR

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.

La Mutuelle du Mans Assurances IARD - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes - RCS Le Mans n° 775 652 126 - MMA IARD - Société anonyme, au capital de 537 052 368. euros - RCS Le Mans n° 440 048 882 - Sièges sociaux : 14 Bld Marie et Alexandre Oyon 72030 LE MANS CEDEX 9 - Entreprises régies par le code des assurances