



Arrivée le 08 MARS 2022

Département des
Ressources HumainesMINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIREDEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE
POUR LE COMPLÉMENT DE REMBOURSEMENT DE FRAIS POUR SOINS MÉDICAUX -
AVANT L'ENGAGEMENT DE FRAIS

Application de l'article 92 du décret n°66-874 du 21 novembre 1966 et de l'article D227 du code de procédure pénale

PARTIE RÉSERVÉE AU DEMANDEUR

Nom : LEMAY
Grade : ST 3 VT
Établissement : Villefranche S/Saône

Prénom : Thierry
N° matricule harmonie : 220357

Sollicite l'autorisation préalable à la prise en charge financière des frais médicaux restant à ma charge après remboursement de la sécurité sociale (autorisation ne pouvant être accordée qu'au regard des tarifs conventionnels de la sécurité sociale) :

Nom du praticien : ESKEVAZI Robert
Devis n° : T20120209104621A
Montant du praticien :

En date du : 09/02/2022
Montant du devis initial :

Je m'engage à informer l'administration du montant des remboursements complémentaires qui me seraient versés en raison de mon affiliation à une mutuelle ou à une assurance complémentaire. En aucun cas, le complément de remboursement de soins ne pourra être supérieur à la dépense engagée restant à la charge de l'agent.

Date et signature : 15/02/2022

PARTIE RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

Autorisation accordée	Autorisation refusée
pour un montant < ou égal à : 2086,48 € brut	Motif(s) :
Date de l'autorisation : 08/03/2022	Date du refus :

Chief du Département
Ressources Humaines et
Relations Sociales

Le Directeur interrégional des services pénitentiaires

Marie-Laure PETIT

Démarches à suivre :

1. Compléter la demande d'autorisation préalable puis la déposer auprès de votre service RH avec une copie du devis établi par le praticien. - 2. Après traitement de votre demande, la DISP vous retournera une copie de celle-ci avec une date d'accord ou de refus. - 3. Dès le retour de votre demande, vous pouvez faire réaliser vos soins. ATTENTION : Les soins ne doivent pas être antérieurs à la date d'accord de la DISP. - 4. Afin d'obtenir le complément de remboursement de la part de l'administration, vous devez remettre à votre service RH une copie de la facture acquittée et des relevés sécurité sociale et mutuelle sur lesquels figurent les soins réalisés.



MINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

COMPLEMENT DE REMBOURSEMENT POUR PROTHESES DENTAIRES
(Joindre à la demande préalable avant l'engagement des frais)

PARTIE RÉSERVÉE AU DEMANDEUR

Nom : LEMAN Prénom : Thierry
Établissement : Villefranche 9/Seine Grade : ST SR
DEVIS N° : T20220209104651A En date du : 09/02/2022
Nom du praticien : ESKENAZI Robert
Coordonnées du praticien (adresse, tél.) : 78 Boulevard Mireille LAURE
13010 MAERQUE
tel : 04 91 79 85 52

PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION

Nature des prestations (code CCAM)	Base de remboursement de la sécurité sociale	Honoraires du praticien	Participation de l'administration
EXEMPLE : HBLD270	118,25	700	567,6
HBLD 034	NR	250	0
HBLD 227	279,50	1170	1170
HBMD 087	107,50	680	516
HBLD 245	90	230	225
TOTAL	477	2250	1911 (1)

(1) Le remboursement de l'administration sera inférieur ou égal à€ BRUT

L'ensemble des remboursements (sécurité sociale + organismes complémentaires de santé + administration) ne doit pas dépasser la dépense engagée.
Les remboursements complémentaires dont bénéficie le demandeur seront déduits, le cas échéant, a posteriori du montant attribué par l'administration au titre du complément de remboursement.

Total : $1911^€ + 175,48^€ = 2086,48^€$



MINISTÈRE DE LA JUSTICE
DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

COMPLEMENT DE REMBOURSEMENT POUR PROTHESES DENTAIRES
(Joindre à la demande préalable avant l'engagement des frais).

PARTIE RÉSERVÉE AU DEMANDEUR

Nom : LEMAU Prénom : Thierry
Établissement : Villefranche 9/Seine Grade : ST SR
DEVIS N° : T20220209104651A En date du : 09/02/2022
Nom du praticien : ESKENAZI Robert
Coordonnées du praticien (adresse, tél.) : 78 Boulevard Mireille LAURE
13010 MAESSE
tél : 04 91 79 85 52

PARTIE RÉSERVÉE A L'ADMINISTRATION

Nature des prestations (code CCAM)	Base de remboursement de la sécurité sociale	Honoraires du praticien	Participation de l'administration
EXEMPLE : HBLD270	118,25	700	567,6
HBLD 745	90	175	175
ABMD 479	0,10	600	0,48
HBGD 027	NR	40,20	Ø NR
HBGD 005	NR	50+50	Ø NR
HBGD 005	NR	50+50	Ø NR
TOTAL	90,10	915,20	175,48 ⁽¹⁾

(1) Le remboursement de l'administration sera inférieur ou égal à€ BRUT

L'ensemble des remboursements (sécurité sociale + organismes complémentaires de santé + administration) ne doit pas dépasser la dépense engagée.

Les remboursements complémentaires dont bénéficie le demandeur seront déduits, le cas échéant, a posteriori du montant attribué par l'administration au titre du complément de remboursement.



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 : 09/02/2022

Société : MGP SANTE

Dispense d'avance de frais RO: MGPS

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : LEMAY Date de naissance : 14/07/1978 Régime social : Régime général Prénom : THIERRY
Assuré	N° de contrat santé : S000075776 Nom : LEMAY Date de naissance : 14/07/1978 Prénom : THIERRY Adresse : M. THIERRY LEMAY CHEZ MME DUCOS BAT B2 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 : T202202091046SIA
Date de création du dossier : 09/02/2022

Calcul à la date du 09/02/2022
Cet accord est valable jusqu'au 10/05/2022

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 €
Prothèse provisoire	PDT	HBLD034	250,00	0,00	0,00	0,00	250,00
Bridge céramisé	PF1	HBLD227	1179,00	279,50	195,65	438,82	635,53
Pilier de bridge supplémentaire	PFC	HBMD087	800,00	107,50	75,25	168,78	355,97
Inlay Core	ICO	HBLD245	230,00	90,00	83,00	141,30	25,70
Inlay Core	IC1	HBLD745	175,00	90,00	83,00	112,00	0,00
1er Inter de bridge céramisé	PFC	HBMD478	800,00	0,10	0,07	0,16	599,77
Ablation d'une prothèse	RPN	HBGD027	40,20	0,00	0,00	0,00	40,20
Ablation d'un Inlay core	RPN	HBGD005	50,00	0,00	0,00	0,00	50,00
Ablation d'un Inlay core	RPN	HBGD005	50,00	0,00	0,00	0,00	50,00
TOTALUX			3165,20 €	597,10 €	396,97 €	681,06 €	1807,17 €

* 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 : 861,06	

MGP COLLECTIF - Code Centre : MGP SANTE

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 informatiques et libertés (accès, rectification, effacement, limitation du traitement, portabilité, et droit d'opposition pour des motifs légitimes) auprès de Santéclair.

MGP SANTE - N° RNM : 775 671 894 - MUTUELLE SOUMISE AU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ - SIÈGE : 10 RUE DES SAUSSAIES - 75008 PARIS