

**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 : 08/09/2022

Société : MAAF SANTE

Dispense d'avance de frais RO: MAAF

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : IMMORDINO Date de naissance : 27/04/1962 Régime social : Régime général Prénom : YOLANDE
Assuré	N° de contrat santé : 113149262J-SA01 Nom : IMMORDINO Date de naissance : 27/04/1962 Adresse : MME IMMORDINO YOLANDE IMPASSE LE REFUSE 13400 AUBAGNE Prénom : YOLANDE
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 : T202209080486SIA
Date de création du dossier : 08/09/2022

Calcul à la date du 08/09/2022
Cet accord est valable jusqu'au 07/12/2022

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 €
Régénération osseuse guidée	HNR--	HBMA004	750.00	0.00	0.00	0.00	750.00
2 implants	RACR-	LBLD010	1600.00	0.00	0.00	800.00	800.00
Chirurgie Implantaire	HNR--	LAPB004	200.00	0.00	0.00	0.00	200.00
2 piliers implantaires	RACR-	HBLD017	300.00	0.00	0.00	0.00	300.00
Bridge céramisé	PRCRR	HBLD227	1550.00	0.00	0.00	250.00	1300.00
TOTALUX			4400.00 €	0.00 €	0.00 €	1050.00 €	3350.00 €

* 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 : 1050.00	

MAAF COLLECTIF - Code Centre : 25

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.

Groupement 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