

Date de l'édition : 04/08/2021

Société : MAAF SANTE

Dispense d'avance de frais RO: MAAF

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : ADJEMIAN Date de naissance : 03/02/1953 Régime social : Régime général
	Prénom : SERGE
Assuré	N° de contrat santé : 013504464S-SA01
	Nom : ADJEMIAN Date de naissance : 03/02/1953
	Prénom : SERGE
	Adresse : M. ADJEMIAN SERGE 33 BOULEVARD DE LA BARNIERE 13010 MARSEILLE 10
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 : T202108040275SIA

Date de création du dossier : 04/08/2021

Calcul à la date du 04/08/2021

Cet accord est valable jusqu'au 02/11/2021

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 céramo-céramique	PC2R-	HBLD403	620.00	107.50	75.25	200.25	344.50
2 implants	RACR-	LBLD010	1400.00	0.00	0.00	520.00	880.00
Chirurgie implantaire	HNR--	LAPB004	300.00	0.00	0.00	0.00	300.00
2 piliers implantaires	RACR-	HBLD017	500.00	0.00	0.00	0.00	500.00
Chirurgie osseuse	HNR--	HBMA006	400.00	0.00	0.00	0.00	400.00
Couronne sur implant	ICAR-	HBLD418	600.00	107.50	75.25	200.25	324.50
Couronne sur implant	ICAR-	HBLD418	600.00	107.50	75.25	200.25	324.50
Inlay Core	ICOR-	HBLD245	230.00	90.00	63.00	153.00	14.00
TOTAUX			4650.00 €	412.50 €	288.75 €	1273.75 €	3087.50 €

* 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 : 1273.75	

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

Page 1 / 1