

**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 : 21/05/2021

Société : CPMS

Dispense d'avance de frais RO: CPMS

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : OUABBOU Date de naissance : 15/05/1991 Régime social : Régime général Prénom : EL ARBI
Assuré	N° de contrat santé : 01214202 Nom : OUABBOU Date de naissance : 15/05/1991 Prénom : EL ARBI Adresse : Mr OUABBOU EL ARBI 72 BOULEVARD MIREILLE LAUZE 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 : T202105210640SIA
Date de création du dossier : 21/05/2021

Calcul à la date du 21/05/2021
Cet accord est valable jusqu'au 19/08/2021

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 céramisée zircone	CZ0	HBLD350	440.00	120.00	84.00	240.00	116.00
Couronne céramisée zircone	CZ0	HBLD350	440.00	120.00	84.00	240.00	116.00
Couronne provisoire	CT0	HBLD490	60.00	10.00	7.00	20.00	33.00
Couronne provisoire	CT0	HBLD490	60.00	10.00	7.00	20.00	33.00
Couronne céramisée non zircone	PF1	HBLD158	550.00	120.00	84.00	240.00	226.00
Couronne provisoire	CT1	HBLD724	60.00	10.00	7.00	20.00	33.00
Inlay Core	IC1	HBLD745	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
TOTALUX			1785.00 €	480.00 €	336.00 €	892.00 €	557.00 €

* 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 : 892.00	

CPMS COLLECTIF - Code Centre : UG1

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.

CPMS SA – Société de Gestion et de Courtage d'Assurance au capital de 4 429 000 # - 5, Rue Geoffroy Marie 75009 PARIS <http://www.cpmc.fr> – RC PARIS B 97 B 14894 – SIRET 414 357 889 00040 – Inscrit auprès de l'ORIAS sous le N° 07 001 007 Garantie Financière et RC Professionnelle conformes aux articles L 530-1 et 530-2 du Code des Assurances.