

**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 : 04/03/2021

Société : Mutuelle Entrain

Dispense d'avance de frais RO: MUTENT

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : MESSINESE Date de naissance : 03/05/1939 Régime social : Régime général Prénom : Helene
Assuré	N° de contrat santé : 306057 Nom : MESSINESE Date de naissance : 23/08/1939 Prénom : Charles Adresse : M. MESSINESE CHARLES 171 BOULEVARD PAUL CLAUDEL 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 : T202103040411SIA
Date de création du dossier : 04/03/2021

Calcul à la date du 04/03/2021
Cet accord est valable jusqu'au 02/06/2021

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 non zircone	PF0	HBLD680	500.00	120.00	84.00	416.00	0.00
Couronne céramisée non zircone	PF0	HBLD680	500.00	120.00	84.00	416.00	0.00
Couronne provisoire	CT0	HBLD490	60.00	10.00	7.00	53.00	0.00
Couronne provisoire	CT0	HBLD490	60.00	10.00	7.00	53.00	0.00
TOTAUX			1120.00 €	260.00 €	182.00 €	938.00 €	0.00 €

* Sous réserve de prise en charge par la Sécurité Sociale

Dent 11 + 24

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 : 938.00	

MUTUELLE ENTRAIN COLLECTIF - Code Centre : ENTRAIN

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.

Mutuelle Entrain - 5, boulevard Camille Flammarion - 13001 MARSEILLE MUTUELLE RÉGIE PAR LE LIVRE II DU CODE LA MUTUALITÉ, INSCRITE AU SIREN SOUS LE NUMÉRO 775 558 778