

Date de l'édition : 02/03/2021

Société : APIVIA MUTUELLE

Dispense d'avance de frais RO: APIVIAMU

Identification Patient/Assuré/Praticien		
Patient	Nom : OUAZANA Date de naissance : 13/03/1933 Régime social : Régime général	Prénom : MARIE-ANTOINETT
Assuré	N° de contrat santé : RG5076940 Nom : OUAZANA Date de naissance : 13/03/1933 Adresse : Madame OUAZANA MARIE-ANTOINETTE 25 RUE AUDEMAR TIBIDO 13008 MARSEILLE	Prénom : MARIE-ANTOINETT
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 : T202103020608SIA

Date de création du dossier : 02/03/2021

Calcul à la date du 02/03/2021

Cet accord est valable jusqu'au 31/05/2021

Nature de l'acte	Code Gestion	Cotation	Montant dépende en €	Prix Unitaire SS en €(*)	Montant Remb. SS en €	Montant DAF RC	Mt à charge en €
Inlay Core	IC0	HBLD090	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
Couronne céramisée zircone	CZ0	HBLD350	440.00	120.00	84.00	356.00	0.00
Bridge céramisé	PF1	HBLD227	1600.00	279.50	195.65	433.23	971.12
Pilier de bridge supplémentaire	PFC	HBMD087	600.00	107.50	75.25	166.63	358.12
Stellite 6 dents	PA1	HBLD474	1300.00	225.75	158.03	349.91	792.06
TOTALUX			4115.00 €	822.75 €	575.93 €	1417.77 €	2121.30 €

* 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 : 1417.77	

APIVIA GROUPE MACIF COLLECTIF - Code Centre : APIVIASNTA

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.

APIVIA GROUPE MACIF - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, adhérente à la Mutualité Française - SIREN : 775 709 710. Siège social : 45-49 avenue Jean-Moulin - 17034 La Rochelle cedex 1