

Date de l'édition : 09/02/2022

Société : MGP SANTE

Dispense d'avance de frais RO: MGPS

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : LEMAY Date de naissance : 14/07/1978 Régime social : Régime général Prénom : THIERRY
Assuré	N° de contrat santé : S000075776 Nom : LEMAY Date de naissance : 14/07/1978 Adresse : M. THIERRY LEMAY CHEZ MME DUCOS BAT B2 13010 MARSEILLE Prénom : THIERRY
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 : T202202091046SIA

Date de création du dossier : 09/02/2022

Calcul à la date du 09/02/2022

Cet accord est valable jusqu'au 10/05/2022

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 €
Prothèse provisoire	PDT	HBLD034	250.00	0.00	0.00	0.00	250.00
Bridge céramisé	PF1	HBLD227	1170.00	279.50	195.65	438.82	535.53
Pilier de bridge supplémentaire	PFC	HBMD087	600.00	107.50	75.25	168.78	355.97
Inlay Core	ICO	HBLD245	230.00	90.00	63.00	141.30	25.70
Inlay Core	IC1	HBLD745	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
1er inter de bridge céramisé	PFC	HBMD479	600.00	0.10	0.07	0.16	599.77
Ablation d'une prothèse	RPN	HBGD027	40.20	0.00	0.00	0.00	40.20
Ablation d'un inlay core	RPN	HBGD005	50.00	0.00	0.00	0.00	50.00
Ablation d'un inlay core	RPN	HBGD005	50.00	0.00	0.00	0.00	50.00
TOTAUX			3165.20 €	567.10 €	396.97 €	861.06 €	1907.17 €

* 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 : 861.06	

MGP COLLECTIF - Code Centre : MGP SANTE

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.

MGP SANTE - N° RNM : 775 671 894 - MUTUELLE SOUMISE AU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ - SIÈGE : 10 RUE DES SAUSSAIES - 75008 PARIS