

Date de l'édition : 10/03/2022

Société : Mutuelles Du Soleil

Dispense d'avance de frais RO: MDS

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : DJIROUN Date de naissance : 30/09/1963 Régime social : Régime général Prénom : AZZEDINE
Assuré	N° de contrat santé : 0000114566 Nom : DJIROUN Date de naissance : 30/09/1963 Adresse : M AZZEDINE DJIROUN Les Oleandres 13014 MARSEILLE Prénom : AZZEDINE
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 : T202203100741SIA
Date de création du dossier : 10/03/2022

Calcul à la date du 10/03/2022
Cet accord est valable jusqu'au 08/06/2022

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 €
Stellite 8 dents	PA1	HBLD470	1300.00	247.25	173.08	321.42	805.50
TOTAL			1300.00 €	247.25 €	173.08 €	321.42 €	805.50 €

* 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 : 321.42	

MUTUELLES DU SOLEIL COLLECTIF - Code Centre : MDS00

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
--	-------------------------------------	---