

**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 : 07/10/2020

Société : Allianz

Dispense d'avance de frais RO: A

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : POLETTI Date de naissance : 07/01/1950 Régime social : Régime général Prénom : ALINE
Assuré	N° de contrat santé : 168095740 Nom : POLETTI Date de naissance : 07/01/1950 Prénom : ALINE Adresse : MME POLETTI ALINE 66 ACH DE CASSIS 13009 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 : T202010070219SIA
Date de création du dossier : 07/10/2020

Calcul à la date du 07/10/2020
Cet accord est valable jusqu'au 05/01/2021

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 €
1 implant	IMPL	LBLD015	700.00	0.00	0.00	350.00	350.00
Chirurgie implantaire	ADCD	LAPB002	150.00	0.00	0.00	0.00	150.00
Cone Beam	ADID	LAQK027	69.00	0.00	0.00	0.00	69.00
1 pilier implantaire	IMPL	HBLD012	250.00	0.00	0.00	250.00	0.00
Prothèse provisoire	DTR	HBLD034	250.00	0.00	0.00	200.00	50.00
TOTALUX			1419.00 €	0.00 €	0.00 €	800.00 €	619.00 €

* 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 : 800.00	

Allianz COLLECTIF - Code Centre : 167

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.

Allianz Vie Entreprise régie par le Code des assurances Société anonyme au capital de 643 054 425 euros Siège social : 87, rue de Richelieu – 75002 Paris 340 234 962
R.C.S. Paris N° TVA FR88 340 234 962