

Date de l'édition : 18/07/2023

Société : GENERATION Assurances

Dispense d'avance de frais RO: GEN

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : JABOC Date de naissance : 29/01/1957 Régime social : Régime général Prénom : ROLLAND
Assuré	N° de contrat santé : 0000000003765542 Nom : JABOC Date de naissance : 29/01/1957 Adresse : M. JABOC ROLLAND 22 ROUTE DE LA TREILLE 13011 MARSEILLE Prénom : ROLLAND
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 : T202307180493SIA
Date de création du dossier : 18/07/2023

Calcul à la date du 18/07/2023
Cet accord est valable jusqu'au 16/10/2023

Nature de l'acte	Code Gestion	Cotation	Montant dépendance en €	Prix Unitaire SS en €(*)	Montant Remb. SS en €	Montant DAF RC	Mt à charge en €
Inlay Core	ICO	HBLD245	230.00	90.00	63.00	167.00	0.00
TOTAL			230.00 €	90.00 €	63.00 €	167.00 €	0.00 €

* 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 : 167.00	

Génération COLLECTIF - Code Centre : GENERATION

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