

Date de l'édition : 03/01/2023

Société : GENERATION Assurances

Dispense d'avance de frais RO: GEN

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : BIFULCO Date de naissance : 29/09/1965 Régime social : Régime général
Assuré	N° de contrat santé : 00137052 Nom : BIFULCO Date de naissance : 29/09/1965 Adresse : M. BIFULCO PATRICK 87 CHEMIN HENRI DE MORO 13170 LES PENNES MIRABEAU
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 : T202301030747SIA
Date de création du dossier : 03/01/2023

Calcul à la date du 03/01/2023
Cet accord est valable jusqu'au 03/04/2023

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 €
Couronne céramo-métal	PFC	HBLD734	550.00	120.00	84.00	466.00	0.00
Couronne provisoire	PDT	HBLD486	60.00	10.00	7.00	40.00	13.00
Couronne céramo-métal	PF1	HBLD491	550.00	120.00	84.00	466.00	0.00
Inlay Core	IC1	HBLD745	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
Couronne provisoire	CT1	HBLD724	60.00	10.00	7.00	0.00	53.00
Ablation d'une prothèse	RPN	HBGD027	40.20	0.00	0.00	0.00	40.20
Ablation d'une prothèse	RPN	HBGD027	40.20	0.00	0.00	0.00	40.20
TOTALUX			1475.40 €	350.00 €	245.00 €	1084.00 €	146.40 €

* 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 : 1084.00	

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

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.

GENERATION 29080 Quimper Cedex 9 S.A.S. au capital de 101 763,20 Euros. R.C.S. QUIMPER 410 069 066