

Date de l'édition : 28/04/2023

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 : 03765542 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 : T202301230544SIA
Date de création du dossier : 23/01/2023

Calcul à la date du 23/01/2023
Cet accord est valable jusqu'au 23/04/2023

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 €
Couronne céramisée zircon	CZ0	HBLD350	440.00	120.00	84.00	356.00	0.00
Couronne provisoire	CT1	HBLD724	60.00	10.00	7.00	35.00	18.00
Couronne provisoire	CT1	HBLD724	60.00	10.00	7.00	35.00	18.00
Inlay Core	IC1	HBLD745	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
Inlay Core	IC1	HBLD745	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
Couronne céramisée non zircon	PF1	HBLD158	550.00	120.00	84.00	420.00	46.00
Couronne céramisée non zircon	PF1	HBLD158	550.00	120.00	84.00	420.00	46.00
TOTALX			2010.00 €	560.00 €	392.00 €	1490.00 €	128.00 €

* 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 : 1490.00	

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