

**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 : 22/04/2021

Société : Allianz

Dispense d'avance de frais RO: A

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : NABTI Date de naissance : 21/07/1951 Régime social : Régime général Prénom : MALIKA
Assuré	N° de contrat santé : 167668866 Nom : NABTI Date de naissance : 21/07/1951 Adresse : MME NABTI MALIKA 2 BD ST JEAN 13010 MARSEILLE Prénom : MALIKA
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 : T202104220624SIA
Date de création du dossier : 22/04/2021

Calcul à la date du 22/04/2021
Cet accord est valable jusqu'au 21/07/2021

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 €
Cone Beam	ADID	LAQK027	69,00	0,00	0,00	0,00	69,00
4 implants	IMPL	LBLD004	3200,00	0,00	0,00	150,00	3050,00
4 piliers implantaires	IMPL	HBLD013	1200,00	0,00	0,00	0,00	1200,00
Bridge céramisé	DTR	HBLD425	2100,00	0,00	0,00	0,00	2100,00
Bridge céramisé	DTR	HBLD425	2100,00	0,00	0,00	0,00	2100,00
TOTALUX			8669,00 €	0,00 €	0,00 €	150,00 €	8519,00 €

* 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 : 150,00	

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