

Date de l'édition : 21/09/2020

Société : Allianz

Dispense d'avance de frais RO: A

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : ROQUEMOREL Date de naissance : 23/05/1960 Régime social : Régime général Prénom : MARIE PIERRE
Assuré	N° de contrat santé : 43021CE003 / 0000000000001 Nom : ROQUEMOREL Date de naissance : 11/08/1958 Prénom : DENIS Adresse : M ROQUEMOREL DENIS 159 AVENUE DE LA TIMONE 13010 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 : T202009210388SIA

Date de création du dossier : 21/09/2020

Calcul à la date du 21/09/2020

Cet accord est valable jusqu'au 20/12/2020

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 provisoire	PSUP	HBLD724	60.00	10.00	7.00	20.00	33.00
Couronne provisoire	PSUP	HBLD724	60.00	10.00	7.00	20.00	33.00
Inlay Core	ICOR	HBLD745	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
Inlay Core	ICOR	HBLD745	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
Couronne céramisée zircone	SO36	HBLD073	440.00	120.00	84.00	246.00	110.00
Couronne céramisée zircone	SO37	HBLD073	440.00	120.00	84.00	246.00	110.00
TOTAUX			1350.00 €	440.00 €	308.00 €	756.00 €	286.00 €

* 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 : 756.00	

Allianz COLLECTIF - Code Centre : 241

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