

**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 : 22/09/2020

Société : BCAC

Dispense d'avance de frais RO: BCACIG

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : ROURE Date de naissance : 18/09/1959 Régime social : Régime général Prénom : MURIEL
Assuré	N° de contrat santé : B1528704 Nom : ROURE Date de naissance : 18/09/1959 Adresse : MME MURIEL ROURE BAT N 4 13008 MARSEILLE Prénom : MURIEL
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 : T202009220629SIA
Date de création du dossier : 22/09/2020

Calcul à la date du 22/09/2020
Cet accord est valable jusqu'au 26/11/2020

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 non zircone	PF1	HBLD158	550.00	120.00	84.00	466.00	0.00
Inlay Core	IC1	HBLD745	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
Ablation d'une prothèse	RPN	HBGD027	40.20	0.00	0.00	40.20	0.00
Endodontie	END	HBGD033	80.00	0.00	0.00	0.00	80.00
TOTALUX			845.20 €	210.00 €	147.00 €	618.20 €	80.00 €

* 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 : 618.20	

BCAC COLLECTIF - Code Centre : BCAC

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.

IGESTION S.A. au capital de 4 000 000,00 E- Siren 440 367 357 R.C.S. NANTERRE - NAF 8299Z - N° de TVA CEE FR 10 440 367 357