

**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 : 31/08/2021

Société : Allianz

Dispense d'avance de frais RO: A

| Identification Patient/Assuré/Praticien |                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Patient                                 | Nom : MOUSNIER<br>Date de naissance : 24/09/1984<br>Régime social : Régime général<br>Prénom : STEPHEN                                                                |
| Assuré                                  | N° de contrat santé : 167860502<br>Nom : MOUSNIER<br>Date de naissance : 24/09/1984<br>Adresse : M MOUSNIER STEPHEN 9 SQ MICHELET 13009 MARSEILLE<br>Prénom : STEPHEN |
| 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 : T202108310307SIA  
Date de création du dossier : 31/08/2021Calcul à la date du 31/08/2021  
Cet accord est valable jusqu'au 29/11/2021

| Nature de l'acte           | Code Gestion | Cotation | Montant<br>dépense en € | Prix Unitaire SS<br>en €(*) | Montant Remb.<br>SS en € | Montant DAF<br>RC | Mt à charge en<br>€ |
|----------------------------|--------------|----------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------|
| Couronne céramisée zircone | CZ0          | HBLD350  | 440.00                  | 120.00                      | 84.00                    | 356.00            | 0.00                |
| Couronne provisoire        | CT0          | HBLD490  | 60.00                   | 10.00                       | 7.00                     | 53.00             | 0.00                |
| TOTALUX                    |              |          | 500.00 €                | 130.00 €                    | 91.00 €                  | 409.00 €          | 0.00 €              |

\* 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   | : 409.00    |                  |                                     |

**Allianz COLLECTIF - Code Centre : 167**

|                                                                                                                      |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Coordonnées du praticien<br>ESKENAZI Robert<br>78 BD. MIREILLE LAUZE<br>13010 Marseille<br>Tel : 0491798582<br>Fax : | Cachet et signature<br>du praticien | <b>Partie réservée à l'assuré</b><br>Je reconnais avoir reçu les soins ci-dessus et<br>bénéficié de la dispense d'avance de frais sur la<br>part de remboursement accordée par mon contrat<br>complémentaire santé.<br><br><b>Date et Signature de l'assuré</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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