

**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 : 06/04/2021

Société : IPECA-GESTION

Dispense d'avance de frais RO: IPECA

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : DELEUZE Date de naissance : 07/07/1957 Régime social : Régime général Prénom : JOCELYNE
Assuré	N° de contrat santé : 0764589 Nom : DELEUZE Date de naissance : 15/04/1958 Adresse : M. DELEUZE HENRI 28 CHEMIN DES CAMPANULES 13012 MARSEILLE Prénom : HENRI
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 : T202104060185SIA
Date de création du dossier : 06/04/2021

Calcul à la date du 06/04/2021
Cet accord est valable jusqu'au 05/07/2021

Nature de l'acte	Code Gestion	Cotation	Montant dépendance en €	Prix Unitaire SS en €(*)	Montant Remb. SS en €	Montant DAF RC	Mt à charge en €
Bridge cantilever céramisé	PFC	HBLD750	1650.00	279.50	195.65	630.00	824.35
Inlay Core	ICO	HBLD245	230.00	90.00	63.00	167.00	0.00
Inlay Core	ICO	HBLD245	230.00	90.00	63.00	167.00	0.00
Prothèse provisoire	PDT	HBLD034	250.00	0.00	0.00	0.00	250.00
TOTAL			2360.00 €	459.50 €	321.65 €	964.00 €	1074.35 €

* 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 : 964.00	

IPECA COLLECTIF - Code Centre : IPECA

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.

IPECA PREVOYANCE - IPECA GARANTIES - 5, rue Paul Barruel 75740 Paris Cedex 15 - Institutions de Prévoyance régies au titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

ESKENAZI Robert

78 BD. MIREILLE LAUZE

13010 Marseille

Tél: 0491798582

Spécialité: Chirurgien-dentiste

8370

Nos références: T202104060185SIA

Date d'édition : 06/04/2021

JOCELYNE DELEUZE

Né(e) le 07/07/1957

Date de création du dossier : 06/04/2021

Actes	Dents sélect.	Cotation	Code Regroupt.	Base Remb.	Prix de vente	Montant prestation	Charge structure	Montant Acte
du panier libre								
Inlay-core métal pour prothèse du panier libre	13	HBLD245	ICO	90.00	230.00	0	0	230.00 €
Bridge provisoire 4 dents	16 15 14 13	HBLD034	PDT	0.00	250.00	0	0	250.00 €

Montant des honoraires	2360.00 €
------------------------	-----------

Montant de la base de remboursement de la sécurité sociale Calculé au tarif applicable actuellement (sous réserve de l'accord de la caisse)		Total	459.50 €
--	--	-------	----------

Signature du praticien

Signature du patient ou du (des) représentant(s) légal (légaux)