



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 : 15/03/2021

Société : APIVIA MUTUELLE

Dispense d'avance de frais RO: APIVIAMU

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : HENRY Date de naissance : 21/10/1955 Régime social : Régime général Prénom : GILLES
Assuré	N° de contrat santé : 000000600660402 Nom : HENRY Date de naissance : 21/10/1955 Adresse : Monsieur HENRY GILLES 4 IMPASSE JEAN DE SAVIGNAC 13010 MARSEILLE Prénom : GILLES
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 : T202103150371SIA
Date de création du dossier : 15/03/2021

Calcul à la date du 15/03/2021
Cet accord est valable jusqu'au 13/06/2021

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 €
Bridge céramisé	PF0	HBLD785	1465,00	279,50	195,65	1269,35	0,00
Inlay Core	IC0	HBLD090	175,00	90,00	63,00	112,00	0,00
Couronne céramisée non zircone	PF0	HBLD680	500,00	120,00	84,00	416,00	0,00
Inlay Core	IC0	HBLD090	175,00	90,00	63,00	112,00	0,00
Couronne céramisée non zircone	PF0	HBLD680	500,00	120,00	84,00	416,00	0,00
Inlay Core	IC0	HBLD090	175,00	90,00	63,00	112,00	0,00
Couronne céramisée non zircone	PF0	HBLD680	500,00	120,00	84,00	416,00	0,00
Inlay Core	IC0	HBLD090	175,00	90,00	63,00	112,00	0,00
Stellite 8 dents	PA1	HBLD470	1300,00	247,25	173,08	197,79	929,13
TOTAL			4965,00 €	1246,75 €	872,73 €	3163,14 €	929,13 €

* Sous réserve de prise en charge par la Sécurité Sociale

Note d'honoraires subrogatoire

999,50
247,25.

555,11 €

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 : 3163,14	

APIVIA GROUPE MACIF COLLECTIF - Code Centre : APIVIASNTA

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.

APIVIA GROUPE MACIF - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, adhérente à la Mutualité Française - SIREN : 775 709 710, Siège social : 45-49 avenue Jean-Moulin - 17034 La Rochelle cedex 1

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

ESKENAZI Robert
78 BD. MIREILLE LAUZE
13010 Marseille
Tél: 0491798582
Spécialité: Chirurgien-dentiste
8370

Date d'édition : 15/03/2021

GILLES HENRY
Né(e) le 21/10/1955

Actes	Dents sélect.	Cotation	Code Regroup.	Base Remb.	Montant Acte
Inlay-core métal pour prothèse du panier sans RAC	21	HBLD090	IC0	90.00	175.00 €
Couronne mono non Zirconie sur Incisive/canine/Pm1	22	HBLD680	PF0	120.00	500.00 €
Inlay-core métal pour prothèse du panier sans RAC	22	HBLD090	IC0	90.00	175.00 €
Couronne mono non Zirconie sur Incisive/canine/Pm1	23	HBLD680	PF0	120.00	500.00 €
Inlay-core métal pour prothèse du panier sans RAC	23	HBLD090	IC0	90.00	175.00 €
Stellite 8 dents	17 16 15 14 24 25 26 27	HBLD470	PA1	247.25	1300.00 €

Montant des honoraires	4965.00 €
------------------------	-----------

Montant de la base de remboursement de la sécurité sociale Calculé au tarif applicable actuellement (sous réserve de l'accord de la caisse)		Total	1246.75 €
--	--	-------	-----------

Signature du praticien

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

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

ESKENAZI Robert
78 BD. MIREILLE LAUZE
13010 Marseille
Tél: 0491798582
Spécialité: Chirurgien-dentiste
8370

Date d'édition : 15/03/2021

GILLES HENRY
Né(e) le 21/10/1955



Afin de bénéficier de la dispense d'avance de frais pour la prestation rendue par votre professionnel de santé, partenaire de Santéclair et permettre l'exécution de votre contrat d'assurance complémentaire santé, vous acceptez que votre professionnel de santé transmette à Santéclair, de manière sécurisée, des données à caractère personnel, de nature administrative et de santé, vous concernant et nécessaires au traitement de votre dossier.

Ces données sont destinées aux personnels habilités de Santéclair aux fins de gestion de votre demande de prise en charge et de son suivi. Santéclair agissant dans ce cas comme sous-traitant de votre complémentaire santé, les données strictement nécessaires au calcul du remboursement et du reste à charge seront également transmises à cette dernière par Santéclair.

En signant le présent formulaire, vous êtes également informé que Santéclair, en qualité de responsable du traitement, traite vos données aux fins de lutte contre la fraude et de traçabilité et peut, si nécessaire, les transmettre à votre complémentaire santé et au Comité déontologique dont dépend votre professionnel de santé le cas échéant. Ce traitement est réalisé aux fins des intérêts légitimes de Santéclair pour la vérification de la bonne application des dispositions contractuelles et légales.

Ces données sont conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des traitements susvisés, majorée des délais de prescription ou pour répondre à des obligations légales et/ou réglementaires.

Cette transmission de vos données à Santéclair est obligatoire pour pouvoir bénéficier du service de tiers payant. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient transmises à Santéclair par votre professionnel de santé, vous ne pourrez pas disposer de l'avance de frais, charge alors pour vous d'effectuer votre demande de remboursement auprès des organismes habilités.

Dans les limites prévues par la réglementation applicable, vous disposez du droit de demander l'accès à vos données, la rectification des données inexacts, l'effacement des données et la limitation du traitement. Vous pouvez également vous opposer au traitement, demander la portabilité des données que vous avez fournies et définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication après votre décès de vos données, ou encore introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Vous pouvez également retirer votre consentement au traitement de vos données à tout moment avec effet pour l'avenir. Le retrait de votre consentement pourra empêcher le traitement de votre demande.

Vous pouvez exercer les droits dont vous disposez auprès de votre professionnel de santé, de votre complémentaire santé et/ou en envoyant un e-mail au délégué à la protection des données de Santéclair par mail à l'adresse donneespersonnelles@santeclair.fr ou par courrier postal à l'adresse suivante : Santéclair, Délégué à la protection des données, 7 mail Pablo Picasso, 44046 Nantes Cedex 1.

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

Actes	Dents sélect.	Cotation	Code Regroup.	Base Remb.	Montant Acte
Pilier CCM-InterCCM-Pilier CCM pour remplacer incisive	13 12 11	HBLD785	PF0	279.50	1465.00 €
Inlay-core métal pour prothèse du panier sans RAC	13	HBLD090	IC0	90.00	175.00 €
Couronne mono non Zircon sur Incisive/canine/Pm1	21	HBLD680	PF0	120.00	500.00 €