

SCOTTO DI TELLA JOSETTE
 22 BD ICARD
 13010 MARSEILLE
 Date de naissance: 52/03/29
 N° sécu.: 252039180379135
 Mutuelle: BCAC MGEN FILIA
 N° de P.E.C. Jenny

Je donne mon consentement éclairé au plan de traitement proposé par le Docteur Eskenazi qui a réalisé le bilan clinique, évalué mon état général et buccal, étudié les examens complémentaires et qui m'a informé des autres solutions possibles pour ma réhabilitation buccale. J'ai compris que l'hygiène buccale devra être la plus efficace possible, que le tabagisme est un élément défavorable et que les travaux réalisés nécessitent un suivi très rigoureux durant les premières années.

	DENT	CODE	DESCRIPTION	MAT.	PANIER	PRIX	BASE	S.S.	MUT.	R.A.C.
1	36	LAQK027	Radiographie volumique par fai	emax	N.P.C.	69,00	0,00	0,00	0	69,00
2	36	HBLD012	Infrastructure coronaire sur 1	emax	N.P.C.	200,00	0,00	0,00	200	0,00
3	36	HBGD027	Ablation d'une prothèse dent	emax	H.L.	40,20	38,70		0	13,11
4	36	LAPB002	Dégagement et activation d'1	emax	N.P.C.	200,00	0,00	0,00	0	200,00
5	36	LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux i	emax	H.L.	800,00	0,00	0,00	800	0,00
6	36	HBLD486	Provisoir pour H.L.	emax	H.L.	60,00	10,00	7,00	60	-7,00
7	36	HBLD418	Couronne dentaire implantoport	emax	H.L.	600,00	107,50	75,25	524,75	0,00
Total:						1 969,20	156,20	82,25	1 584,75	2 69,00

Je certifie avoir reçu les informations, indications et contre indications nécessaires et avoir obtenu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant ces actes.

Information complémentaire en cas de pose d'implants:

En cas de pose d'implants, je sais que le taux de stabilité de ces racines artificielles est de l'ordre de 95% (taux qui diminue nettement chez les fumeurs). Les implants endo-osseux posés sous anesthésie locale seront laissés au repos pendant 2 à 3 mois.

En cas de volume osseux insuffisant pour poser un implant, le docteur Eskenazi fera une greffe d'os autogène ou de substitut osseux (Bio-oss®) soit dans la même séance que la pose des implants, soit lors d'une séance précédente.

Le matériel utilisé sera stérile ou à usage unique. Les suites opératoires immédiates de ces interventions peuvent être variables d'un patient à l'autre, un oedème ou hématome post-chirurgical peuvent apparaître mais ne signifiera en aucune manière une quelconque complication.

Je dois respecter l'ordonnance du docteur Eskenazi (antibiotique, antalgiques, anti inflammatoires)

Si l'implant n'est pas ostéointégré, il sera déposé et remplacé si aucune contre-indication ne s'y oppose (soins pris en charge par le docteur Eskenazi). Dans cette éventualité le traitement sera obligatoirement prolongé de quelque mois.

J'ai lu et j'ai compris ce document , le 24 Février 2022

NOM, SIGNATURE

Lu et Approuvé

[Signature]

**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 : 24/02/2022

Société : BCAC

Dispense d'avance de frais RO: BCACIG

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : SCOTTO DI TELLA Date de naissance : 29/03/1952 Régime social : Régime général Prénom : JOSETTE
Assuré	N° de contrat santé : B2269973 Nom : SCOTTO DI TELLA Date de naissance : 29/03/1952 Prénom : JOSETTE Adresse : MME JOSETTE SCOTTO DI TELLA LE LEONARD DE VINCI 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 : T202202010319SIA
Date de création du dossier : 01/02/2022Calcul à la date du 01/02/2022
Cet accord est valable jusqu'au 12/05/2022

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 €
Cone Beam	ADI	LAQK027	69,00	0,00	0,00	0,00	69,00
1 implant	IMP	LBLD015	800,00	0,00	0,00	800,00	0,00
Chirurgie implantaire	ADC	LAPB002	200,00	0,00	0,00	0,00	200,00
1 pilier implantaire	IMP	HBLD012	200,00	0,00	0,00	200,00	0,00
Couronne provisoire	PDT	HBLD610	60,00	0,00	0,00	60,00	0,00
Couronne sur implant	IMP	HBLD418	600,00	107,50	75,25	524,75	0,00
TOTALUX			1929,00 €	107,50 €	75,25 €	1584,75 €	269,00 €

* 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 : 1584.75	

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

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

ESKENAZI Robert
 78 BD. MIREILLE LAUZE
 13010 Marseille
 Tél: 0491798582
 Spécialité: Chirurgien-dentiste
 8370
 Nos références: T202202010319SIA

Date d'édition : 24/02/2022

JOSETTE SCOTTO DI TELLA
 Né(e) le 29/03/1952

Date de création du dossier : 01/02/2022

Actes	Dents sélect.	Cotation	Code Regroup.	Base Remb.	Prix de vente	Montant prestation	Charge structure	Montant Acte
Pose 1 Vis de cicatrisation	36	LAPB002	ADC	0.00	200.00	0.00	0.00	200.00 €
Pilier Infrastructure coronaire 1 implant	36	HBLD012	IMP	0.00	200.00	0.00	0.00	200.00 €
Couronne provisoire sur implant unitaire	36	HBLD610	PDT	0.00	60.00	0.00	0.00	60.00 €
Couronne céramo-céramique sur implant	36	HBLD418	IMP	107.50	600.00	0.00	0.00	600.00 €

Montant des honoraires	1929.00 €
------------------------	-----------

Montant de la base de remboursement de la sécurité sociale Calculé au tarif applicable actuellement (sous réserve de l'accord de la caisse)		Total	107.50 €
--	--	-------	----------

Signature du praticien

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

