

**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 : 09/12/2020

Société : MACIF-MUTUALITE

Dispense d'avance de frais RO: MACIF

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : GROLLEMUND Date de naissance : 29/04/1943 Régime social : Régime général Prénom : BERNARD
Assuré	N° de contrat santé : 103563751 Nom : GROLLEMUND Date de naissance : 29/04/1943 Adresse : Monsieur GROLLEMUND BERNARD 69 RUE SAINTE 13001 MARSEILLE Prénom : BERNARD
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 : T202012090555SIA
Date de création du dossier : 09/12/2020Calcul à la date du 09/12/2020
Cet accord est valable jusqu'au 09/03/2021

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 €
Couronne céramisée non zircone	PF0	HBLD680	500.00	120.00	84.00	416.00	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
Inlay Core	IC0	HBLD090	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
TOTALUX			1350.00 €	420.00 €	294.00 €	1056.00 €	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 : 1056.00	

MACIF COLLECTIF - Code Centre : MACIFMUT1

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.

MACIF Carré Haussmann, 22-28 rue Joubert 75435 Paris Cedex 9 Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité adhérente à la Mutualité Française. SIREN : 779 558 501

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

ESKENAZI Robert

78 BD. MIREILLE LAUZE

13010 Marseille

Tél: 0491798582

Spécialité: Chirurgien-dentiste

8370

Nos références: T202012090555SIA

Date d'édition : 09/12/2020

BERNARD GROLLEMUND

Né(e) le 29/04/1943

Date de création du dossier : 09/12/2020

Actes	Dents sélect.	Cotation	Code Regroup.	Base Remb.	Prix de vente	Montant prestation	Charge structure	Montant Acte
Inlay-core métal pour prothèse du panier sans RAC	13	HBLD090	IC0	90.00	175.00	0	0	175.00 €
Inlay-core métal pour prothèse du panier sans RAC	12	HBLD090	IC0	90.00	175.00	0	0	175.00 €

Montant des honoraires	1350.00 €
------------------------	-----------

Montant de la base de remboursement de la sécurité sociale Calculé au tarif applicable actuellement (sous réserve de l'accord de la caisse)		Total	420.00 €
--	--	-------	----------

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

Nos références: T20201209055SIA

Date d'édition : 09/12/2020

BERNARD GROLLEMUND

Né(e) le 29/04/1943

Date de création du dossier : 09/12/2020



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 inexactes, 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 (légaux)

Actes	Dents sélect.	Cotation	Code Regroup.	Base Remb.	Prix de vente	Montant prestation	Charge structure	Montant Acte
Couronne mono non Zircane sur Incisive/canine/Pm1	13	HBLD680	PF0	120.00	500.00	0	0	500.00 €
Couronne mono non Zircane sur Incisive/canine/Pm1	12	HBLD680	PF0	120.00	500.00	0	0	500.00 €