

KRUM DELPHINE  
676 le clavier  
13360 roquevaire  
Date de naissance: 93/03/10  
N° sécu.: 293031300505969  
Mutuelle: GENERATION  
N° de P.E.C. Jenny

3573 -

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ref:3573\*

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      | 26   | HBLD073 | 6-7-8 Couronne dentaire dentop | emax | R.M    | 440,00 | 120,00 | 84,00  | 0      | 356,00 |
| 2      | 26   | HBLD745 | Inlay core pour Rac Mod        | emax | R.M    | 175,00 | 90,00  | 63,00  | 112    | 0,00   |
| Total: |      |         |                                |      |        | 615,00 | 210,00 | 147,00 | 112,00 | 356,00 |

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.

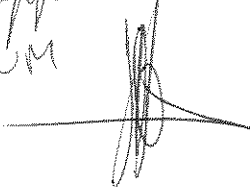
Je dois respecter l'ordonnance du docteur Eskenazi (antibiotique, antalgiques, anti inflammatoires)

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 29 Avril 2022

NOM, SIGNATURE

le et approuvé  
Krum



# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

Date d'édition : 29/04/2022

**ESKENAZI Robert**  
78 BD. MIREILLE LAUZE  
13010 Marseille  
Tél: 0491798582  
Spécialité: Chirurgien-dentiste  
8370  
Nos références: T202204290205SIA

**DELPHINE KRUM**  
Né(e) le 10/03/1993

Date de création du dossier : 29/04/2022



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](mailto: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                                                | Mat | Dents sélect. | Cotation | Code Regroup. | Base Remb. | Prix de vente | Montant prestation | Charge structure | Montant Acte |
|------------------------------------------------------|-----|---------------|----------|---------------|------------|---------------|--------------------|------------------|--------------|
| Couronne mono non Zircon sur Pm2 et molaire          |     | 26            | HBLD158  | PF1           | 120.00     | 440.00        | 0.00               | 0.00             | 440.00 €     |
| Inlay-core mÃ©tal pour prothÃ©se du panier maitrisÃ© | COC | 26            | HBLD745  | IC1           | 90.00      | 175.00        | 0.00               | 0.00             | 175.00 €     |

**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 : 29/04/2022

Société : GENERATION Assurances

Dispense d'avance de frais RO: GEN

| Identification Patient/Assuré/Praticien |                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Patient                                 | Nom : KRUM<br>Date de naissance : 10/03/1993<br>Régime social : Régime général<br>Prénom : DELPHINE                                                                   |
| Assuré                                  | N° de contrat santé : 2971462<br>Nom : KRUM<br>Date de naissance : 10/03/1993<br>Adresse : MME KRUM DELPHINE 676 ROUTE DU STADE 13360 ROQUEVAIRE<br>Prénom : DELPHINE |
| 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 : T202204290250SIA  
Date de création du dossier : 29/04/2022

Calcul à la date du 29/04/2022  
Cet accord est valable jusqu'au 28/07/2022

| 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 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 provisoire            | CT0          | HBLD490  | 60.00                   | 10.00                       | 7.00                     | 53.00             | 0.00                |
| TOTALUX                        |              |          | 735.00 €                | 220.00 €                    | 154.00 €                 | 581.00 €          | 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 : 581.00 |                                                |

**Génération COLLECTIF - Code Centre : GENERATION**

|                                                                                                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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>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.

GENERATION 29080 Quimper Cedex 9 S.A.S. au capital de 101 763,20 Euros. R.C.S. QUIMPER 410 069 066