

**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 : 14/10/2021

Société : GMF

Dispense d'avance de frais RO: GMF

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : ROSSI Date de naissance : 14/02/1958 Régime social : Régime général Prénom : MICHELLE
Assuré	N° de contrat santé : 003280192975X Nom : ROSSI Date de naissance : 14/02/1958 Adresse : MME ROSSI MICHELLE CAMPAGNE LOUISE BAT 4 13112 LA DESTROUSSE Prénom : MICHELLE
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 : T202110140391SIA
Date de création du dossier : 14/10/2021

Calcul à la date du 14/10/2021
Cet accord est valable jusqu'au 12/01/2022

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 €
Bridge céramisé	PF0	HBLD785	1465.00	279.50	195.65	1269.35	0.00
1er Inter de bridge céramisé	PFC	HBMD479	600.00	0.10	0.07	0.00	599.93
2ème Inter de bridge céramisé	PFC	HBMD433	600.00	0.10	0.07	0.00	599.93
Couronne sur implant	IMP	HBLD418	600.00	107.50	75.25	193.50	331.25
TOTALUX			3265.00 €	387.20 €	271.04 €	1462.85 €	1531.11 €

* Sous réserve de prise en charge par la Sécurité Sociale

Note d'honoraires subrogatoire

+ 10€ Soins.
1541,11 €.

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 : 1462.85	

GMF COLLECTIF - Code Centre : NOSGMF

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.

GMF ASSURANCES - Société anonyme d'assurance au capital de 181 385 440 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - R.C.S. Paris B 398 972 901 - APE 65.12Z

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

ESKENAZI Robert
78 BD. MIREILLE LAUZE
13010 Marseille
Tél: 0491798582
Spécialité: Chirurgien-dentiste
8370
Nos références: T202110140391SIA

Date d'édition : 14/10/2021

MICHELLE ROSSI
Né(e) le 14/02/1958

Date de création du dossier : 14/10/2021



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 (légaux)

Actes	Dents sélect.	Cotation	Code Regroup.	Base Remb.	Prix de vente	Montant prestation	Charge structure	Montant Acte
Pilier CCM-InterCCM-Pilier CCM pour remplacer incisive	43 42 33	HBLD785	PF0	279.50	1465.00	0.00	0.00	1465.00 €
Adjonction 1° inter - CCM	31	HBMD479	PFC	0.10	600.00	0.00	0.00	600.00 €

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

Date d'édition : 14/10/2021

ESKENAZI Robert
78 BD. MIREILLE LAUZE
13010 Marseille
Tél: 0491798582
Spécialité: Chirurgien-dentiste
8370
Nos références: T202110140391SIA

MICHELLE ROSSI
Né(e) le 14/02/1958

Date de création du dossier : 14/10/2021

Actes	Dents sélect.	Cotation	Code Regroup.	Base Remb.	Prix de vente	Montant prestation	Charge structure	Montant Acte
Adjonction 2° Inter-CCM	32	HBMD433	PFC	0.10	600.00	0.00	0.00	600.00 €
Couronne céramo-céramique sur implant	23	HBLD418	IMP	107.50	600.00	0.00	0.00	600.00 €

Montant des honoraires	3265.00 €
------------------------	-----------

Montant de la base de remboursement de la sécurité sociale Calculé au tarif applicable actuellement (sous réserve de l'accord de la caisse)	Total	387.20 €
--	-------	----------

Signature du praticien



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

