

**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 : 04/03/2021

Société : Allianz

Dispense d'avance de frais RO: A

| Identification Patient/Assuré/Praticien |                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Patient                                 | Nom : OMOURI Prénom : MILOUD<br>Date de naissance : 16/10/1956<br>Régime social : Régime général                                                                        |
| Assuré                                  | N° de contrat santé : 168386426 Prénom : EL HADDA<br>Nom : OMOURI<br>Date de naissance : 15/12/1964<br>Adresse : MME OMOURI EL HADDA 5 RUE JEAN GIONO 13730 ST VICTORET |
| 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 : T202103011038SIA  
Date de création du dossier : 01/03/2021Calcul à la date du 01/03/2021  
Cet accord est valable jusqu'au 31/05/2021

| Nature de l'acte               | Code Gestion | Cotation | Montant<br>dépende 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                |
| Stellite 11 dents              | PA1          | HBLD203  | 1300,00                 | 279,50                      | 195,65                   | 503,10            | 601,25              |
| TOTALUX                        |              |          | 1975,00 €               | 489,50 €                    | 342,65 €                 | 1031,10 €         | 601,25 €            |

\* 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 : 1031.10 |                                                |

Allianz COLLECTIF - Code Centre : 167

|                                                                                                                      |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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><b>Date et Signature de l'assuré</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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 informatiques et libertés (accès, rectification, effacement, limitation du traitement, portabilité, et droit d'opposition pour des motifs légitimes) auprès de Santéclair.

Allianz Vie Entreprise régie par le Code des assurances Société anonyme au capital de 643 054 425 euros Siège social : 87, rue de Richelieu - 75002 Paris 340 234 962 R.C.S. Paris N° TVA FR88 340 234 962

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

**ESKENAZI Robert**  
78 BD. MIREILLE LAUZE  
13010 Marseille  
Tél: 0491798582  
Spécialité: Chirurgien-dentiste  
8370  
Nos références: T202103011038SIA

Date d'édition : 04/03/2021

**MILOUD OMOURI**  
Né(e) le 16/10/1956

Date de création du dossier : 01/03/2021



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](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                                             | Dents sélect. | Cotation | Code Regroup. | Base Remb. | Prix de vente | Montant prestation | Charge structure | Montant Acte |
|---------------------------------------------------|---------------|----------|---------------|------------|---------------|--------------------|------------------|--------------|
| Couronne mono non Zircône sur Incisive/canine/Pm1 | 24            | HBLD680  | PF0           | 120.00     | 500.00        | 0.00               | 0.00             | 500.00 €     |
| Inlay-core métal pour prothèse du panier sans RAC | 24            | HBLD090  | IC0           | 90.00      | 175.00        | 0.00               | 0.00             | 175.00 €     |

# DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

**ESKENAZI Robert**

78 BD. MIREILLE LAUZE

13010 Marseille

Tél: 0491798582

Spécialité: Chirurgien-dentiste

8370

Nos références: T202103011038SIA

Date d'édition : 04/03/2021

**MILOUD OMOURI**

Né(e) le 16/10/1956

Date de création du dossier : 01/03/2021

| Actes             | Dents<br>sélect.                                               | Cotation | Code<br>Regroup. | Base<br>Remb. | Prix de<br>vente | Montant<br>prestation | Charge<br>structure | Montant<br>Acte |
|-------------------|----------------------------------------------------------------|----------|------------------|---------------|------------------|-----------------------|---------------------|-----------------|
| Stellite 11 dents | 17<br>16<br>13<br>12<br>11<br>21<br>22<br>23<br>25<br>26<br>27 | HBLD203  | PA1              | 279.50        | 1300.00          | 0.00                  | 0.00                | 1300.00 €       |

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| Montant des honoraires | 1975.00 € |
|------------------------|-----------|

|                                                                                                                                                |  |       |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|----------|
| Montant de la base de remboursement de la sécurité sociale<br>Calculé au tarif applicable actuellement (sous réserve de l'accord de la caisse) |  | Total | 489.50 € |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|----------|

Signature du praticien

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