

DE ROUGEMONT MICHELE
33 AV BENJAMIN DELESSERT
13010
Date de naissance: 42/12/14
N° sécu.: 242121305517133
Mutuelle: MAAF SANTE CLAIR
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.

pec santeclair à charge 0?

	DENT	CODE	DESCRIPTION	MAT.	PANIER	PRIX	BASE	S.S.	MUT.	R.A.C.
1	12	HBLD680	1-2-3-4 Couronne E-max	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	416	
2	12	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	63,00	112	
Total:						675,00	210,00	147,00	528,00	900

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 18 Mars 2021

NOM, SIGNATURE *Lu et Approuvé*
De Rougemont

**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 : 18/03/2021

Société : MAAF SANTE

Dispense d'avance de frais RO: MAAF

Identification Patient/Assuré/Praticien			
Patient	Nom : BALLESTRACCI		Prénom : MICHELE
	Date de naissance : 14/12/1942		
	Régime social : Régime général		
Assuré	N° de contrat santé : 113506812R-SA01		Prénom : ALBERT
	Nom : DE ROUGEMONT		
	Date de naissance : 21/12/1940		
	Adresse : M. DE ROUGEMONT ALBERT 33 AVENUE BENJAMIN DELESSERT 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 : T202103180118SIA
Date de création du dossier : 18/03/2021

Calcul à la date du 18/03/2021
Cet accord est valable jusqu'au 16/06/2021

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 €
Couronne céramisée non zircon	PF01R	HBLD680	500.00	120.00	84.00	416.00	0.00
Inlay Core	IC0R-	HBLD090	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
TOTALUX			675.00 €	210.00 €	147.00 €	528.00 €	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 : 528.00	

MAAF COLLECTIF - Code Centre : 25

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 18/3/2021
--	-------------------------------------	--

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.

Groupement d'intérêt économique - R.C.S. NIORT C 392 735 171 - Adresse : Chauray - 79091 NIORT Cedex 9 - Tél. : 0 820 061 062 (0,12 €/min) - Fax : 05 49 08 52 56
Page 1 / 1