

**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 : 27/04/2021

Société : IPECA-GESTION

Dispense d'avance de frais RO: IPECA

Identification Patient/Assuré/Praticien	
Patient	Nom : DELEUZE Date de naissance : 07/07/1957 Régime social : Régime général Prénom : JOCELYNE
Assuré	N° de contrat santé : 0764589 Nom : DELEUZE Date de naissance : 15/04/1958 Adresse : M. DELEUZE HENRI 28 CHEMIN DES CAMPANULES 13012 MARSEILLE Prénom : HENRI
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 : T202104270412SIA
Date de création du dossier : 27/04/2021

Calcul à la date du 27/04/2021
Cet accord est valable jusqu'au 26/07/2021

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 €
Cone Beam	ADI	LAQK027	69.00	0.00	0.00	0.00	69.00
2 implants	IMP	LBLD010	1600.00	0.00	0.00	0.00	1600.00
Chirurgie implantaire	ADC	LAPB004	200.00	0.00	0.00	0.00	200.00
2 piliers implantaires	IMP	HBLD017	500.00	0.00	0.00	0.00	500.00
Chirurgie osseuse	ADC	HBMA006	400.00	0.00	0.00	0.00	400.00
Couronne sur implant	IMP	HBLD418	600.00	107.50	75.25	210.00	314.75
Couronne sur implant	IMP	HBLD418	600.00	107.50	75.25	210.00	314.75
Couronne métallique	CM0	HBLD038	290.00	120.00	84.00	206.00	0.00
TOTALUX			4259.00 €	335.00 €	234.50 €	626.00 €	3398.50 €

* 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 : 626.00	

IPECA COLLECTIF - Code Centre : IPECA

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.

IPECA PREVOYANCE - IPECA GARANTIES - 5, rue Paul Barruel 75740 Paris Cedex 15 - Institutions de Prévoyance régies au titre III du livre IX du Code de la Sécurité Sociale

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

ESKENAZI Robert

78 BD. MIREILLE LAUZE

13010 Marseille

Tél: 0491798582

Spécialité: Chirurgien-dentiste

8370

Nos références: T202104270412SIA

Date d'édition : 27/04/2021

JOCELYNE DELEUZE

Né(e) le 07/07/1957

Date de création du dossier : 27/04/2021



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
Cone Beam		LAQK027	ADI	0.00	69.00	0.00	0.00	69.00 €
Pose Implant/Hors cas particulier agénésie multiple 2 dents	15 14	LBLD010	IMP	0.00	1600.00	0.00	0.00	1600.00 €

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR TRAITEMENT PROTHETIQUE

ESKENAZI Robert

78 BD. MIREILLE LAUZE

13010 Marseille

Tél: 0491798582

Spécialité: Chirurgien-dentiste

8370

Nos références: T202104270412SIA

Date d'édition : 27/04/2021

JOCELYNE DELEUZE

Né(e) le 07/07/1957

Date de création du dossier : 27/04/2021

Actes	Dents sélect.	Cotation	Code Regroup.	Base Remb.	Prix de vente	Montant prestation	Charge structure	Montant Acte
Pose 2 vis de cicatrisation chez adulte	15 14	LAPB004	ADC	0.00	200.00	0.00	0.00	200.00 €
Pilier Infrastructure coronaire 2 implants	15 14	HBLD017	IMP	0.00	500.00	0.00	0.00	500.00 €
Comblement alvéolaire de biomatériau	14	HBMA006	ADC	0.00	400.00	0.00	0.00	400.00 €
Couronne céramo-céramique sur implant	15	HBLD418	IMP	107.50	600.00	0.00	0.00	600.00 €
Couronne céramo-céramique sur implant	14	HBLD418	IMP	107.50	600.00	0.00	0.00	600.00 €
Couronne métal non précieux	16	HBLD038	CM0	120.00	290.00	0.00	0.00	290.00 €

Montant des honoraires	4259.00 €
------------------------	------------------

Montant de la base de remboursement de la sécurité sociale Calculé au tarif applicable actuellement (sous réserve de l'accord de la caisse)	Total 335.00 €
--	-----------------------

Signature du praticien

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