

ROSSI MICHELLE
 85 CHEMIN DE LAOUVAS BAT 4 CAMPAGNE LOUISE
 13112 la destrousse
 Date de naissance: 58/02/14
 N° sécu.: 258021305581002
 Mutuelle: GMF SANTECLAIR

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	22-23-24	HBLD750	Cm-Cm-Cm (ext) avec incisive d	emax	H.L.	1 650,00	279,50	195,65	503.10	867,40
2	21	HBMD087	Pilier Cm	emax	H.L.	600,00	107,50	75,25	96.90	395,60
3	21-22-23-24	HBLD034	BRIDGE provisoire	emax	N.P.C.	250,00	0,00	0,00	250	0,00
Total:						2 500,00	387,00	270,90	850,00	1 263,00

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 13 Avril 2021

NOM, SIGNATURE

Rue la apparence

**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 : 13/04/2021

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 : T202104130730SIA
Date de création du dossier : 13/04/2021Calcul à la date du 13/04/2021
Cet accord est valable jusqu'au 12/07/2021

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 €
Bridge cantilever céramisé	PFC	HBLD750	1650,00	279,50	195,65	503,10	951,25
Pilier de bridge supplémentaire	PFC	HBMD087	600,00	107,50	75,25	96,90	427,85
Prothèse provisoire	PDT	HBLD034	250,00	0,00	0,00	250,00	0,00
TOTAL			2500,00 €	387,00 €	270,90 €	850,00 €	1379,10 €

* 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 : 850.00	

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

Date d'édition : 13/04/2021

ESKENAZI Robert
78 BD. MIREILLE LAUZE
13010 Marseille
Tél: 0491798582
Spécialité: Chirurgien-dentiste
8370
Nos références: T202104130730SIA

MICHELLE ROSSI
Né(e) le 14/02/1958

Date de création du dossier : 13/04/2021



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
cantilever3 (pour remplacement incisive ou Pm)- 2PiliersCCM et extension CCM	22 23 24	HBLD750	PFC	279.50	1650.00	0	0	1650.00 €
Adjonction Piller CCM	21	HBMD087	PFC	107.50	600.00	0	0	600.00 €