

Informations complémentaires :

- ☐ Durée de validité de l'accord : 60 jours à compter de la date d'accord
- ☐ Le présent accord vaut engagement de prise en charge du traitement ci-dessous spécifié sous réserve de sa réalisation et de sa facturation pour des montants de remboursement indiqués au titre de la part complémentaire

Ce document ne doit pas être adressé à l'organisme complémentaire.

Informations du bénéficiaire		Informations du Professionnel de Santé	
Nom et Prénom :	ESPOSITO ALAIN	Nom de la structure :	ROBERT ESKENAZI
Adresse :	90 BOULEVARD DE ROUX 7 RESIDENCE LESPLANADE MARSEILLE	Adresse :	78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE
Date de naissance :	13004 MARSEILLE 04 18/09/1946	Adeli / Finess :	134020551
N° de sécurité sociale :	146091305532177	Spécialité :	Chirurgien-Dentiste
Rang :	1	Téléphone :	04.91.79.85.82
N° adhérent :	M514268226	Matériaux et normes :	
Nom de l'Organisme Complémentaire :	MUTUELLES DU SOLEIL	1 Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	
		2 Alliage non précieux ISO 22674 2016	
		3 Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016	
		4 Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	
		5 Polymères de base NF EN ISO 20795-1:2013	
		6 Dentis artificielles NF EN ISO 22112 2017	

Description des actes prescrits et calcul du remboursement						
N° de dent ou Localisation	Libellé de l'acte	Matériaux utilisés	Code CCAM	Code Regroup	Honoraires	Base Remb. RO
34,36,37,45,46,47	Prothèse amovible définitive métal 6 dents		HBLD474	PA1	1281.00	225.75
TOTAL					1281.00	225.75
					Part Remb. RO	135.45
					Part Remb. Compl	291.95
					Part Client	853.60
						853.60

refaire l'autre prothèse

fact