

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 31187589

Date de l'accord de PEC : 03/04/2025



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 :	NANNINI Anthony	Nom de la structure :	ROBERT ESKENAZI
Adresse :	15 BD MIREILLE LAUZE	Adresse :	78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE
	MARSEILLE 10E ARRONDISSEME		13010 MARSEILLE
	13010 MARSEILLE 10E ARRONDISSEME	Adeli / Finess :	134020551
Date de naissance :	03/04/1983	Spécialité :	Chirurgien-Dentiste
N° de sécurité sociale :	183041300501686	Téléphone :	04.91.79.85.82
Rang :	1	Matériaux et normes :	
N° adhérent :	S0051263	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016
Nom de l'Organisme Complémentaire :	MSG	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	Dents 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	Part Remb. RO	Part Remb. Compl.	Part Client
47	cour dentoport céram monolith autre zircone sr 2emes premo et molaires		HBLD158	PF1	550.00	120.00	72.00	432.00	46.00
48	Inlay/onlay 2 faces ou plus céramique ou alliage précieux		HBMD460	INO	490.00	100.00	60.00	360.00	70.00
47	couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée RAC mod		HBLD724	CT1	60.00	10.00	6.00	43.50	10.50
TOTAL					1100.00	230.00	138.00	835.50	126.50

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement, et de sa réalisation.

Date et signature du patient ou du (des) représentant(s) légal (légaux)

Date et signature du patient ou du (des) représentant(s) légal (légaux)

Total des honoraires :	1100.00
Le chirurgien-dentiste s'engage à respecter la convention de tiers payant iSanté.	
Signature du chirurgien-dentiste	

Le chirurgien-dentiste s'engage à respecter la convention de tiers payant iSanté.

Signature du chirurgien-dentiste