

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 32936948

Date de l'accord de PEC : 06/10/2025



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 : FOUQUE MARIE CHRISTINE	Nom de la structure : ROBERT ESKENAZI
Adresse : 25 BOULEVARD DES DAMES	Adresse : 78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE
	13010 MARSEILLE
	Adeli / Finess : 134020551
	Spécialité : Chirurgien-Dentiste
	Téléphone : 04.91.79.85.82
	Matériaux et normes :
	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 Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017
13002 MARSEILLE	
Date de naissance : 22/09/1964	
N° de sécurité sociale : 264092901924563	
Rang : 1	
N° adhérent : S2312649	
Nom de l'Organisme Complémentaire : IRCEM	

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
23	couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans RAC		HBLD490	CT0	60.00	10.00	6.00	54.00	0.00
23	couronne dentoportée cérame monolithique <> zircone sur incisives, canines et premières prémolaires		HBLD680	PF0	500.00	120.00	72.00	428.00	0.00
TOTAL					560.00	130.00	78.00	482.00	0.00

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 :	560.00
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