

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 33079830

Date de l'accord de PEC : 20/10/2025



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 :	DI DOMENICO MARIE THER	Nom de la structure :	ROBERT ESKENAZI
Adresse :	83 BOULEVARD DU REDON BATIMENT B5	Adresse :	78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE
	13009 MARSEILLE	Adeli / Finess :	134020551
Date de naissance :	13/10/1949	Spécialité :	Chirurgien-Dentiste
N° de sécurité sociale :	249107853201545	Téléphone :	04.91.79.85.82
Rang :	1	Matériaux et normes :	
N° adhérent :	53313658	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016
Nom de l'Organisme Complémentaire :	WTW France(Ex Gras Savoye)	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
11,12,15,21,22,23,24,25	Prothèse amovible définitive métal 8 dents		HBLD470	PA1	1300.00	247.25	148.35	939.55	212.10
TOTAL					1300.00	247.25	148.35	939.55	212.10

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 :	1300.00
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