

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 34983167

Date de l'accord de PEC : 21/04/2026



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 :	TOUNSI AXELLE	Nom de la structure :	ROBERT ESKENAZI
Adresse :	123 AV ANDRE ZENATTI CHEZ MR ET MME TOUNSI 13008 MARSEILLE	Adresse :	78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE
Date de naissance :	12/06/1987	Adeli / Finess :	134020551
N° de sécurité sociale :	287061305545567	Spécialité :	Chirurgien-Dentiste
Rang :	1	Téléphone :	04.91.79.85.82
N° adhérent :	20732769	Matériaux et normes :	
Nom de l'Organisme Complémentaire :	MNH	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	

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	couronne dentoportée cérame monolithique <> zircone sur incisives, canines et premières prémolaires		HBLD680	PF0	515.00	120.00	72.00	443.00	0.00
21	couronne dentoportée cérame monolithique <> zircone sur incisives, canines et premières prémolaires		HBLD680	PF0	515.00	120.00	72.00	443.00	0.00
11	couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans RAC		HBLD490	CT0	61.80	10.00	6.00	55.80	0.00
21	couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans RAC		HBLD490	CT0	61.80	10.00	6.00	55.80	0.00
TOTAL					1153.60	260.00	156.00	997.60	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 :	1153.60
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