

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 24135887

Date de l'accord de PEC : 18/04/2023



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 :	HUILLERY JEROME	Nom de la structure :	ROBERT ESKENAZI
Adresse :	138 ALLEE JEAN PHILIPPE RAMEAU	Adresse :	78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE
	ST MITRE LES REMPARTS		13010 MARSEILLE
	13920 ST MITRE LES REMPARTS	Adeli / Finess :	134020551
Date de naissance :	24/05/1970	Spécialité :	Chirurgien-Dentiste
N° de sécurité sociale :	170054520811786	Téléphone :	04.91.79.85.82
Rang :	1	Matériaux et normes :	
N° adhérent :	95090018	1 Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	
Nom de l'Organisme Complémentaire :	UNEO	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
24	Inlay core ss 1couronne/1pil de bridg dentoportés RAC mod		HBLD745	IC1	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
27	Inlay core ss 1couronne/1pil de bridg dentoportés RAC mod		HBLD745	IC1	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
24,25,27	Bridge 1 pilier esthétique + inter esthétique + 1 pilier métal		HBLD043	PF1	1635.00	279.50	195.65	1118.00	321.35
26	2ème intermédiaire de bridge, esthétique		HBMD479	PFC	600.00	0.10	0.07	0.40	599.53
TOTAL					2585.00	459.60	321.72	1342.40	920.88

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 :	2585.00
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