

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 29450283
Date de l'accord de PEC : 17/10/2024

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 :	ZORGATI SIHEM	Nom de la structure :	SOPHIE DURAND
Adresse :	136 DE LA VALBARELLE BAT D ST MARCEL RESIDENCE LA COURONNE ST CYR 13011 MARSEILLE	Adresse :	78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE
Date de naissance :	27/05/1956	Adeli / Finess :	134000272
N° de sécurité sociale :	256059938512755	Spécialité :	Chirurgien-Dentiste
Rang :	1	Téléphone :	04.91.79.85.82
N° adhérent :	02246480	Matériaux et normes :	
Nom de l'Organisme Complémentaire :	IGESTION	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 20796:1:2013	
		6 Dentis 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	Codes CCAM	Code Regroup	Honoraires	Base Remb. R.O	Part Remb. R.O	Part Remb. Compl	Part Client
01	Prothèse amovible résine définitive complète unimaxillaire		HBLD031	PA0	1100.00	182.75	109.65	990.35	0.00
				TOTAL	1100.00	182.75	109.65	990.35	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)

Total des honoraires : 1100,00
Le chirurgien-dentiste s'engage à respecter la convention de tiers payant iSanté.
Signature du chirurgien-dentiste