

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 29561441

Date de l'accord de PEC : 29/10/2024

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

Nom et Prénom : VARACAVOUDIN ARMELLE

Adresse :

Nom de la structure : JAMILA NAIT RAISS
Adresse : 78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE
Adel / Finess : 134752492
Spécialité : Chirurgien-Dentiste
Téléphone : 04.91.79.85.82

Date de naissance : 16/08/1959

N° de sécurité sociale : 259089721405373

Rang : 1

N° adhérent : 688990

Nom de l'Organisme

Complémentaire : UNEO

Informations du Professionnel de Santé

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 20765:1:2013
- 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	Code CCAM	Code Regroup	Honoraires	Base Remb. RO	Part Remb. RO	Part Remb. Compl.	Part Client
37	Ajout / changement d 1 élément d une prothèse dentaire amovible		HBMD017	RAO	85.00	21.50	12.90	72.10	0.00
TOTAL					85.00	21.50	12.90	72.10	0.00