

## Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 29664460

Date de l'accord de PEC : 08/11/2024

### 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 : PERONA CHRISTOPHER

Adresse :

### Informations du Professionnel de Santé

Nom de la structure : JAMILA NAIT RAISS

Adresse : 78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE

13010 MARSEILLE

Adeli / Finess : 134752492

Spécialité : Chirurgien-Dentiste

Téléphone : 04.91.79.85.82

### 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 20795:1:2013

6 Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

Date de naissance : 25/12/1972

N° de sécurité sociale : 172121305593382

Rang : 1

N° adhérent : 1261611

Nom de l'Organisme

Complémentaire : UNEO

### 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 |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------|--------------|------------|---------------|---------------|-------------------|-------------|
| 27                         | Inlay/onlay 2 faces ou plus céramique ou alliage précieux |                    | HBMD460   | INO          | 490.00     | 100.00        | 60.00         | 240.00            | 190.00      |
| TOTAL                      |                                                           |                    |           |              | 490.00     | 100.00        | 60.00         | 240.00            | 190.00      |

|                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 : 490.00                                                      |
| Le chirurgien-dentiste s'engage à respecter la convention de tiers payant (Santé). |
| Signature du chirurgien-dentiste                                                   |