

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 24443477

Date de l'accord de PEC : 22/05/2023



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 :	PROPERZIO MARCEL	Nom de la structure :	ROBERT ESKENAZI
Adresse :	61 BOULEVARD DE SAINTE MARGUERITE BATIMENT B 2 LES TEMPLIERS MARSEILLE 13009 MARSEILLE	Adresse :	78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE
Date de naissance :	21/05/1956	Adeli / Finess :	134020551
N° de sécurité sociale :	156051305508649	Spécialité :	Chirurgien-Dentiste
Rang :	1	Téléphone :	04.91.79.85.82
N° adhérent :	1133951	Matériaux et normes :	
Nom de l'Organisme Complémentaire :	UNEO	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
16	cour dentoport céram monolith autre zircone sr 2emes premo et molaires		HBLD158	PF1	550.00	120.00	84.00	300.00	166.00
17	cour dentoport céram monolith autre zircone sr 2emes premo et molaires		HBLD158	PF1	550.00	120.00	84.00	300.00	166.00
16	couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée RAC mod		HBLD724	CT1	60.00	10.00	7.00	25.00	28.00
17	couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée RAC mod		HBLD724	CT1	60.00	10.00	7.00	25.00	28.00
16	Ablation pothèse scellée unitaire		HBGD027	RPN	40.20	0.00	0.00	0.00	40.20
17	Ablation pothèse scellée unitaire		HBGD027	RPN	40.20	0.00	0.00	0.00	40.20
TOTAL					1300.40	260.00	182.00	650.00	468.40

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 : 1300.40

Le chirurgien-dentiste s'engage à respecter la convention de tiers payant iSanté.

Signature du chirurgien-dentiste