

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 18744793

Date de l'accord de PEC : 17/06/2021



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 :	BATIMENT B 2 LES TEMPLIERS 61 BOULEVARD DE SAINTE MARGUERITE 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 3/2007	
		2 Alliage semi précieux NF EN ISO 22674 3/2007	
		3 Alliage non précieux CoCr NF EN ISO 22674 3/2007	
		4 Alliage non précieux NiCr EN ISO 22674 3/2007	
		5 Résine Base NF EN ISO 1567 2000	
		6 Résine Dent NF EN ISO 22112 2005	
		7 Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000	
		8 Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999	

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
33	Inlay core ss 1couronne/1pil de bridg dentoportés ss RAC		HBLD090	IC0	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
33	couronne dentoportée cérame monolithique <> zircone sur incisives, canines et premières prémolaires		HBLD680	PF0	500.00	120.00	84.00	416.00	0.00
TOTAL					675.00	210.00	147.00	528.00	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)

Date et signature du patient ou du (des) représentant(s) légal (légaux)

Total des honoraires :	675.00
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