

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 25098637

Date de l'accord de PEC : 26/07/2023



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 :	SCOGNAMIGLIO CELINE	Nom de la structure :	ELSA ESKENAZI SOLAL
Adresse :	121 AV DE LA CAPELETTE RESIDENCE LE CARAT MARSEILLE 13010 MARSEILLE	Adresse :	78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE
Date de naissance :	13/01/1992	Adeli / Finess :	134048735
N° de sécurité sociale :	292011315563554	Spécialité :	Chirurgien-Dentiste
Rang :	1	Téléphone :	04.91.79.85.82
N° adhérent :	1309535	Matériaux et normes :	
Nom de l'Organisme Complémentaire :	MUTUELLE MARSEILLE METROPOLE	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
35	couronne dentoportée zircone sr 1dent autr qu'1molaire		HBLD350	CZ0	440.00	120.00	84.00	356.00	0.00
35	Inlay core ss 1couronne/1pil de bridg dentoportés ss RAC		HBLD090	IC0	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
35	couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans RAC		HBLD490	CT0	60.00	10.00	7.00	53.00	0.00
TOTAL					675.00	220.00	154.00	521.00	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