

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 24121149

Date de l'accord de PEC : 17/04/2023



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 : CAGIMANOLI EVE	Nom de la structure : ROBERT ESKENAZI
Adresse : 11 R ABBE FARIA	Adresse : 78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE
MARSEILLE	13010 MARSEILLE
13005 MARSEILLE	Adeli / Finess : 134020551
Date de naissance : 20/03/1979	Spécialité : Chirurgien-Dentiste
N° de sécurité sociale : 279031305566804	Téléphone : 04.91.79.85.82
Rang : 1	Matériaux et normes :
N° adhérent : 1307887	1 Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016
Nom de l'Organisme Complémentaire : MUTUELLE MARSEILLE METROPOLE	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
24	Inlay core ss 1couronne/1pil de bridg dentoportés ss RAC		HBLD090	IC0	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
24	couronne dentoportée zircone sr 1dent autr qu'1molaire		HBLD350	CZ0	440.00	120.00	84.00	356.00	0.00
25	couronne dentoportée zircone sr 1dent autr qu'1molaire		HBLD350	CZ0	440.00	120.00	84.00	356.00	0.00
TOTAL					1055.00	330.00	231.00	824.00	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 :	1055.00
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