

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 22955257

Date de l'accord de PEC : 19/12/2022



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 :	SFORZA CHRISTIAN	Nom de la structure :	ROBERT ESKENAZI
Adresse :	45 IMPASSE DES JONCS	Adresse :	78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE
	40990 SAINT PAUL LES DAX	Adeli / Finess :	134020551
Date de naissance :	30/07/1952	Spécialité :	Chirurgien-Dentiste
N° de sécurité sociale :	152071305586481	Téléphone :	04.91.79.85.82
Rang :	1	Matériaux et normes :	
N° adhérent :	01294577	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016
Nom de l'Organisme Complémentaire :	MNH	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
21	Inlay core ss 1couronne/1pil de bridg dentoportés ss RAC		HBLD090	IC0	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
22	Inlay core ss 1couronne/1pil de bridg dentoportés ss RAC		HBLD090	IC0	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
23	Inlay core ss 1couronne/1pil de bridg dentoportés ss RAC		HBLD090	IC0	175.00	90.00	63.00	112.00	0.00
TOTAL					525.00	270.00	189.00	336.00	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 :	525.00
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