

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 18534453

Date de l'accord de PEC : 18/05/2021



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 :	RAHAL FATIMA	Nom de la structure :	ROBERT ESKENAZI
Adresse :	42/48 boulevard st jean 23 RUE CURTEL 13010 MARSEILLE	Adresse :	78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE
Date de naissance :	27/09/1957	Adeli / Finess :	134020551
N° de sécurité sociale :	257099935295043	Spécialité :	Chirurgien-Dentiste
Rang :	1	Téléphone :	04.91.79.85.82
N° adhérent :	00456821	Matériaux et normes :	
Nom de l'Organisme Complémentaire :	MNH	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 NF 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
01	Prothèse amovible résine définitive complète unimaxillaire		HBLD031	PA0	1100.00	182.75	127.93	972.07	0.00
TOTAL					1100.00	182.75	127.93	972.07	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 :	1100.00
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