

Accord de Prise en Charge

N° d'accord : 20429912

Date de l'accord de PEC : 23/02/2022



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 : NICOLAS SOPHIE	Nom de la structure : ROBERT ESKENAZI
Adresse : 291 IMPASSE SUR LES COTES 74210 LATHUILE	Adresse : 78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE 13010 MARSEILLE
Date de naissance : 22/09/1955	Adeli / Finess : 134020551
N° de sécurité sociale : 255099935309197	Spécialité : Chirurgien-Dentiste
Rang : 1	Téléphone : 04.91.79.85.82
N° adhérent : 260713	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 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
22	couronne dentoportée cérame monolithique <> zircone sur incisives, canines et premières prémolaires		HBLD680	PF0	500.00	120.00	84.00	416.00	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
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

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