

## DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

Conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 Août 2018)

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

### Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom : **ESKENAZI Robert**  
Identifiant du praticien RPPS : **10001379451**  
N° de l'établissement (FINESS) : **0134020551**  
Raison sociale et adresse : **SELARL de Chirurgiens dentistes**  
**78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille**

Date du devis : **25 Mars 2025**

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) :

Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

### Identification du patient

Nom et prénom : **DUMONTHIER COLETTE** Date de naissance : **1960-07-19**  
N° de Sécurité sociale du patient : **260078312601656**

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à charge selon son contrat :

Nom de l'organisme complémentaire :

N° de contrat ou d'adhérent :

Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

### Lieu de fabrication du dispositif médical :

- ☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) :  
☒ sans sous-traitance du fabricant ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée :  
☐ en France ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) :

A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité).

### Légende explicative du devis :

\* HN = Hors Nomenclature,  
acte non décrit dans la nomenclature en vigueur

\*\*\* Les montants remboursés et non remboursés du régime  
obligatoire sont informatifs, la prise en charge définitive est définie  
à la date de réalisation de l'acte.

| **<br>Matériaux et normes : | 1<br>Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO<br>22674 | 2<br>Résine Dent NF en ISO 22112 | 3<br>Céramique Monolithique NF en ISO<br>6872 |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
|-----------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|

|                 | Codes | Libellés   | Conditions tarifaires                      | Prise en charge complémentaire                                            |
|-----------------|-------|------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| ****<br>Paniers | 1     | 100% Santé | soumis à honoraires limites de facturation | sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable |
|                 | 2     | Modéré     | soumis à honoraires limites de facturation | selon le contrat du patient                                               |
|                 | 3     | Libre      | honoraires libres                          | selon le contrat du patient                                               |
| Panier CSS      | 4     | CSS        | soumis à honoraires limites de facturation | pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) |

**Identification du chirurgien-dentiste traitant**

Identifiant du praticien : **ESKENAZI ROBERT**  
N° de l'établissement (FINESS) :

**Identification du patient**

Nom et prénom : **DUMONTHIER COLETTE** Date de naissance : **1960-07-19**  
N° de Sécurité sociale du patient : **260078312601656**

**Traitement proposé** - Description précise et détaillée des actes

| N° de traitement | N° dent ou Localisation | Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*) | Nature de l'acte              | Matériaux utilisés (**) | Panier (****) | Honoraires limite de facturation | Honoraires dont prix de vente du dispositif médical | Base de remboursement AMO | Montant remboursé AMO | Montant non remboursé AMO |
|------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|---------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|
| 1                | 31 41                   | HBJA003                            | Assainissement parodontal par | emax                    | N.P.C.        | 200,00                           | 200,00                                              | 0,00                      | 0,00                  | 200,00                    |
| Total:           |                         |                                    |                               |                         |               | 200,00                           | 200,00                                              | 0,00                      | 0,00                  | 200,00                    |

**Information alternative thérapeutique** - en cas de reste à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à entente directe modérée e st donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un devis distinct.

| Acte sans reste à charge |                         |                               |                  |                         |                                  |                                                     |                                                     |                                                      |                                                     |                             |
|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------|
| N° de traitement         | N° dent ou Localisation | Cotation CCAM,NGAP ou acte HN | Nature de l'acte | Matériaux utilisés (**) | Honoraires limite de facturation | Honoraires dont prix de vente du dispositif médical | Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire | Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***) | Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire | Réalisé par votre praticien |
| Total:                   |                         |                               |                  |                         |                                  | 0,00                                                | 0,00                                                | 0,00                                                 | 0,00                                                | 0,00                        |

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement.  
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Signature du Chirurgien-dentiste

**CARL DE CHIRURGIENS DENTISTES**  
**DU BOULEVARD MIREILLE LAUZE**  
78, Bd Mireille Lauze  
13010 MARSEILLE  
Tél. 04 91 79 85 82  
477 892 685 R.C.S. Marseille