

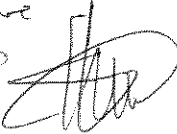
Docteur Robert Eskenazi
Chirurgien-dentiste
78 Bd. Mirreille Lauze
13010 Marseille
0491798582

Je soussigné(e) JEAN-MICHEL PHILIBERT

donne mon consentement éclairé au plan de traitement proposé par mon dentiste qui a réalisé le bilan clinique et étudié les examens complémentaires et qui m'a informé des autres solutions possibles pour ma réhabilitation buccale.

Je certifie avoir reçu les informations, indications et contre indications nécessaires et avoir obtenu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant ces actes.

Fait en double exemplaires à Marseille le

lu et approuvé
17/06/20 

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 (gérée au JO du 25 Août 2016)

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 primes en charge sont définis selon les droits affichés 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 :
N° de l'établissement (FINESS) :
Raison sociale et adresse : SELARL de Chirurgiens dentistes 78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille

Identification du patient

Nom et prénom : PHILIBERT JEAN-MICHEL de naissance : 21-04-56
N° de Sécurité sociale du patient : 156041305568516

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

Nom de l'organisme complémentaire :
N° de contrat ou d'adhésion :
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Date du devis : 09 Juin 2020

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

Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

☐ sans sous-traitance du fabricant

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 indiqués, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

Montants en euros :			1	2	3
Montants en euros :			Atteint Non Prescripteur CoCo - NF en ISO 22874	Revue Dent NF en ISO 22112	Dentiste Monoligne NF en ISO 4072
Partiers	Codes	Libellés	Conditions tarifaires		
	1	100% Sans	Prise en charge complémentaire		
	2	Modéré	sans prise en charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsabilité		
	3	Libre	selon le contrat du patient		
Paiement CSS		4	CSS	selon le contrat du patient	
				pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	

Identification du chirurgien-dentiste traitant
Identifiant du praticien ESKENAZI ROBERT
N° de référencement (FINESSE) :

Identification du patient
Nom et prénom : PHILBERT JEAN-MICHEL
N° de Sécurité sociale du patient : 156041305568516
Date de naissance : 21-04-56

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HM (*)	Nature de l'acte	Matériau utilisés (*)	Panier (*)	Monnaie limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	26	HBLD038	Couronne Mt.	emax	R.0	290,00	107,50	75,25	0,00	214,75
2	26	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	63,00	0,00	112,00
3	27	HBLD038	Couronne Mt.	emax	R.0	290,00	107,50	75,25	0,00	214,75
4	27	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	63,00	0,00	112,00
Total:						930,00	395,00	276,50	0,00	653,50

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de chirurgie dentaire, nous informons sur des alternatives thérapeutiques 100%. Nous en à défaut, y sommes directes inscrites et y sommes par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle prescription de plan de traitement complet, dans un délai raisonnable.

Acte sans restes à charge										
N° de traitement	N° dent de localisation	Cotation CCAM N°GAP ou code N°N	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Matériaux linéaire de fabrication	Matériaux dont pour les verres du dentaire	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant pour remboursement Assurance Maladie obligatoire	Préciser pour votre praticien
1	26	HBLD038	Couronne Mt.	emax	250,00	250,00	107,00	74,90	0	175,10
2	27	HBLD038	Couronne Mt.	emax	250,00	250,00	107,00	74,90	0	175,10
Total:					500,00	500,00	214,00	149,80	0,00	350,20

Le patient (ou son représentant légal) reconnaît avoir eu la possibilité de choisir son traitement
 Date et signature du patient ou du (ou dent) représentant légal (légal)

Signature du Chirurgien-dentiste

lu et approuvé



**CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
 DU BOULEVARD MIRBELE LAUZE**

29, Bd Mirbele Lauze
 13010 MARSEILLE
 Tél. 04 93 79 85 82
 477 882 889 R.D.S. Marseille