

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

Je soussigné(e) CHANTAL RUGGIERO

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

29 juillet 2020

Bon pour accord


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 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 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 :
 N° de l'établissement (FINESS) :
 Raison sociale et adresse : **SELARL de Chirurgiens dentistes 78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille**

Date du devis : **09 Janvier 2020**
 Valable jusqu'au (vous réserve de modification réglementaire) :
 Ce devis contient **3** pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **RUGGIERO CHANTAL** Date de naissance : **06-01-55**
 N° de Sécurité sociale du patient : **255011305571336**

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuelle prise en charge selon son contrat.

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

Lieu de fabrication du dispositif médical :

☒ sans sous-traitance du fabricant

☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne
☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée :
☐ en France ☐ au sein de l'Union Européenne

☐ hors Union Européenne (Pays) :
☐ 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.

Matériaux et normes :		1	2	3
		Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22874	Résine Dent NF en ISO 22112	Céramique Monocouche NF en ISO 9872
Codes Papiers	Libellés	Conditions tarifaires		
	1	100% Sans	soumis à honoraires limités de facturation	Prise en charge complémentaire sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
	2	Mixité	soumis à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Papier CSS		4	CSS	soumis à honoraires limités de facturation pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

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

Nom et prénom : RUGGIERO CHANTAL **Date de naissance :** 06-01-55
N° de Sécurité sociale du patient : 255011305571336

Travaillement proposé - Description précise et détaillée des actes

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	44 45 46	HBLD27	Plural Cm-Cm- sans incisive	emax	R.M	700,00	279,00	195,30	0,00	504,70
Total:									0,00	504,70

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

2017年12月15日 星期五

29, Bd Marinella, Laure
13010 MORSELE
Tel. 06/91794562
477 882 585 P.C.S. Massimo