

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

Je soussigné(e) ODILE BOTTERO

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
Odile Bottero

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

Date du devis : **18 Mai 2020**
Valable jusqu'au (pour réserve de modification réglementaire) :
Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **BOTTERO** **ODIBÈRE** de naissance : **01-04-65**
N° de Sécurité sociale du patient : **265041305520208**

A remettre par l'assuré au cabinet/scoutelle 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 :

☒ 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 déductive est définie à la date de réalisation de l'acte.

Matériaux et normes :		1 Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674		2 Resine Dent.NF en ISO 22112		3 Céramique Monocouche NF en ISO 6872	

Codes		Libellés		Conditions tarifaires		Prise en charge complémentaire	
1		100% Sans		soumis à honoraires limités de facturation		sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable	
2		Modéré		soumis à honoraires (lignes de facturation)		selon le contrat du patient	
3		Libre		honoraires libres		selon le contrat du patient	
Parier CSS		CSS		soumis à honoraires limités de facturation		pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien ESKENAZI ROBERT
N° de rétablissement (FINESSE) :

Identification du patient

Nom et prénom : BOTTERO ODIUSale de naissance : 01-04-65
N° de Sécurité sociale du patient : 265041305520208

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	14	HBMD460	Restauration d'une dent sur	emax	H.L.	450,00	100,00	70,00	0,00	380,00
Total:						450,00	100,00	70,00	0,00	380,00

Information alternative thérapeutique - en cas de refus à charge éventuelle, sans information sur des alternatives thérapeutiques (OHT), nous en informons le patient et nous lui proposons un acte de soins alternatif.

Acte sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation C.I.A.M. (N.S.A.P. ou acte H.N.)	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	Résultat par votre patient
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Signature du Chirurgien-dentiste

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de choisir son acte de soins alternatif.
Date et signature du patient ou du (ou des) représentant(s) légal(s)

CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIRELLE LAUZE

78, Bd Mirelle Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 79 85 82
477 892 686 R.C.S. Marseille