

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

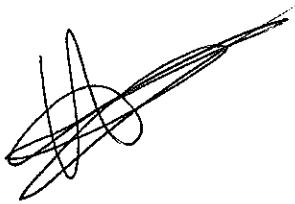
2937-

Je soussigné(e) CHANTAL-LUCIENNE ARNAUD

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


Due et Approuvé

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 définies 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) : **134020551**
 Raison sociale et adresse : **SELARL de Chirurgiens dentistes**
78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille

Date du devis : **24 Août 2020**
 Valable jusqu'au (sans réserve de modification réglementaire) :
 Ce devis contient **3** pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **ARNAUD**
 CHANTALE-HUGUELINE 07-04-58
 N° de Sécurité sociale du patient : **258045145405911**

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

Lieu de fabrication du dispositif médical :

☒ sans sous-traitance du fabricant

☒ en France

☐ hors Union Européenne (Pays) :

☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée :

☐ en France

☐ 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 Normandisation, 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 Monolithique NF en ISO 6872

Codes		Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
Fraisiers	1	100% Sans	soumis à honoraires limités de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsable
	2	Mixté	soumis à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Paiement CSS		4	CSS	soumis à honoraires limités de facturation pour les seules honoraires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien : ESKENAZI ROBERT
N° de récépissé (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : ARNAUD
N° de Sécurité sociale du patient : 258045145405911
CHANDRELEUR
07-04-58

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes										
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HH (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Panier (****)	Honoraires limités de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	26	HGB004	Curetage periapical resectio	emax	Opposable	460,00	182,10	132,10	0,00	332,53
Total:						460,00	182,10	132,10	0,00	332,53

Due et Approuvé



Information alternative thérapeutique - en cas de refus de soins et/ou de refus de charge éventuelle, une information sur des alternatives thérapeutiques (OIP) doit être donnée au patient, à l'exception des soins de routine et/ou de soins de confort.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation C.I.A.M. (N°SAP ou acte PIN)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du matériel médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résultat par votre praticien
Total:							0,00	0,00	0,00	0,00

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de signer de son traitement (Date et signature du patient ou du (de ses) représentant(s) légal(s))

Luc et A. prouvé

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

29, Bd Mireux Lauze
13010 MURESCILLE
Tél. 04.91 79 85 82
477 892 688 R.C.S. Marseille