

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

Je soussigné(e) CHRISTINE ROCH

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

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'CHRISTINE ROCH', written in a cursive, stylized manner.

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 2015)

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**

Identification du patient

Nom et prénom : **ROCH CHRISTINE** Date de naissance : **14-08-64**
 N° de Sécurité sociale du patient : **264087511012872**

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel rachat à court terme 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 : **22 Juillet 2020**

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

Ce devis contient 2 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

- ☒ sans sous-traitance du fabricant
 ☐ en France
 ☐ au sein de l'Union Européenne
 ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☐ 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 Norme Européenne, 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
		ALLIAGE Non Prescriteux OoD - NF en ISO 22872	Résine Dent NF en ISO 22112	Céramique Monolithique NF en ISO 4062
	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
	1	100% Sans	soumis à honoraires limités de saturation	sans prise en charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance
Frais	2	Mixte	soumis à honoraires limités de saturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Prise en charge	4	CSS	soumis à honoraires limités de saturation	pour les assurés dentaires de la Département Saint-André (CSS)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien **ESKENAZI ROBERT**
N° de l'attribution (INESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : **ROCH CHRISTINE** Date de naissance : **14-08-64**
N° de Sécurité sociale du patient : **264087511012872**

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, MGAP ou acte HN (*)	Nature du 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	36	HBLD038	Couronne Mt.	emax	R.O	250,00	107,00	74,90	0,00	175,10
2	36	HBMD429	Adjonction ou changement de 11	emax	R.M	129,00	122,00	85,40	0,00	43,60
Total:						379,00	229,00	160,30	0,00	218,70

Information alternative thérapeutique - en cas de pose d'ouvrage éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques (888^{ème} Sous loi de 1977, à l'absence d'acte médical et si demandé par le patient. Sur demande du patient, elle pour donner lieu à une nouvelle prescription de soins de traitement complet, dans un délai raisonnable.

Acte sans reste à charge											
N° de traitement	N° dentale	Cotation CCAM/MSAP ou acte MN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (€)	Honoraires linéaire de fabrication	Honoraires d'acte de pose du matériel médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursement Assurance Maladie obligatoire (€)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résultat sur votre traitement	
1	36	HBLD038	Couronne Mt.	emax	250,00	250,00	107,00	74,90	0	175,10	
2	36	HBLD007	Pose d'une infrastructure co	emax	129,00	129,00	122,00	85,40	0	43,60	
Total:					379,00	229,00	160,30	0,00	218,70		

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

Signature du Chirurgien-dentiste



CLAUDE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREILLE LAURE
 73, Bd Mireille Laure
 13010 MARSEILLE
 Tel. 04 91 78 45 82
 477 882 888 R.C.S. Marseille