

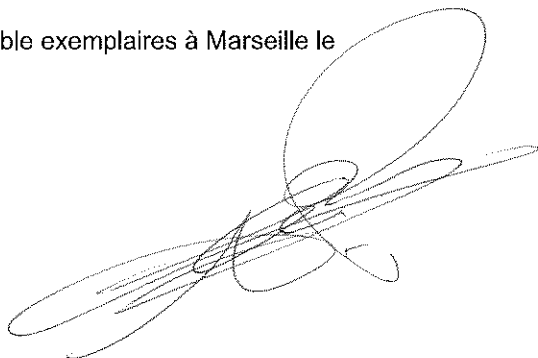
Docteur Robert Eskenazi
Chirurgien-dentiste
78 Bd. Mirreille Lauze
13010 Marseille
0491798582

Je soussigné(e) MASSIMO GENNARO

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 'Massimo Gennaro', written over a horizontal line.

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 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 : GENNARO MASSIMO Date de naissance : 11-02-1964
N° de Sécurité sociale du patient : 164029912726589

A renvoyer par l'assuré si celui-ci souhaite 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'adhésion :
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Date du devis : 02 Juillet 2020

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

Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

- ☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☒ sans sous-traitance du fabricant ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée : ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☐ en France ☐ au sein de l'Union Européenne

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

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 :		Aléa Non Prédateur CDR - NF en ISO 22074	Régime Dent NF en ISO 22112	Dentique Monotourisme NF en ISO 4062
Codes	Libellés	Conditions tarifaires		
	1	100% Sans	soutien à honoraires limités de sécurité	
	2	Modèle	soutien à honoraires limités de sécurité	
	3	Libre	honoraires libres	
Prise en charge complémentaire		4	CSS	soutien à honoraires limités de sécurité

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

13 40 80 551

Identification du patient

Nom et prénom : **GENNARO MASSIMO** Date de naissance : **11-02-1964**
N° de Sécurité sociale du patient : **164029912726589**

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 bruts de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	46	HBLD734	Couronne métal pour M 6-7-8	emax	H.L.	670,00	107,50	75,25	0,00	594,75
2	46	HBLD245	Inlay core pour H.L.	emax	H.L.	300,00	90,00	63,00	0,00	237,00
Total:						970,00	197,50	138,25	0,00	831,75

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques. 100%. Sans ou à défaut, à soumettre devant médecin et/ou dentiste par le patient. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai donné.

Acte sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cobalon C-CAM N-GALP ou autre IMN	Nature de l'acte	Matériau utilisé (*)	Informations liées à l'actuation	Informations dont prix de vente du dispositif médical	États de remboursement maladie obligatoire	Montant remboursement Assurance Maladie obligatoire (*)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résultat par votre praticien
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Le patient ou son représentant (sans exception) avant ou la possibilité de signer le document
Date et signature du patient ou du (ou des) représentant(s) légal (s)

Signature du Chirurgien-dentiste

CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE
79, Bd Mireux Lauze
13010 MARSEILLE
Tel. 04 91 78 45 62
477 852 685 R.C.S. Marseille