

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

Je soussigné(e) CLAUDINE/ADRIENNE ROUZAUD

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

Bon pour accord.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'R. Eskenazi', 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 : ROUZAUD CLAUDE/NE/CLAUDINE
N° de Sécurité sociale du patient : 248021305569327

A remplir par l'assuré ou celui-ci, seul/avec son/leurs dév(s) & son/leurs représentants complés mentaire pour contracter son/leur contrat. Ce devis contient 3 pages indissociables.

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

Date du devis : 23 Juillet 2020
Valable jusqu'au : (date 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) :
- ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : ☐ hors Union Européenne (Pays) :
- ☐ sans sous-traitance du fabricant ☐ 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 Remboursement, acte non décrit dans la nomenclature en vigueur
- *** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont indiqués, la prise en charge déductive est définie à la date de réalisation de l'acte.

Matériaux en nombre :		1	2	3
		Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674	Résine Dent NF en ISO 22112	Céramique Monobloc NF en ISO 6872
***	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
	1	Hors SACS	soins à honoraires limités de sécurité	sans reste à charge, s'il y a un contrat d'assurance
	2	Modèle	soins à honoraires limités de sécurité	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Primer CSS		4	CSS	soins à honoraires limités de sécurité pour les besoins médicaux de la Compagnie (CSS)

Identification du chirurgien-dentiste traitant
Identifiant du praticien ESKENAZI ROBERT
N° de reconnaissance (FINESS) :

Identification du patient
Nom et prénom : ROUZAUD CLAUDIANE/ADRIENNE
N° de Sécurité sociale du patient : 248021305569327

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes										
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NDAAP ou acte HM (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Panier (*)	Honoraires simplifiés de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	13	HBLD031	Prothèse amovible définitive	emax	R.0	1 100,00	182,75	127,93	0,00	972,08
Total:						1 100,00	182,75	127,93	0,00	972,08

Information alternative thérapeutique • En cas de stress et de charge émotionnel, nous recommandons aux personnes souffrant d'asthme de consulter un médecin. Mais demandez également aux gens de consulter les professionnels de santé de leur communauté, car ils ont des connaissances et des expériences qui peuvent leur être utiles.

Acte 3 Act 3

N° de l'abonnement	N° d'entité ou d'identification	Catégorie CCAM N°1018 ou autre N°	Nature de l'acte	Matières utilisées (n°)	Normes internes de l'association	Proportions dans le prix des matériaux disponibles médicaux	Clauses de remboursement Assurances Mutuelles obligatoires	Abonnement remboursé Assurances Mutuelles obligatoires (*)	Abonnement non remboursé Assurances Mutuelles obligatoires	Résultat sur ventes produits
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

1. The following is a list of the names of the persons who have been appointed to the various committees of the Board of Directors of the American Telephone and Telegraph Company, for the year ending December 31, 1910:

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

You pour around

CLASSE DE CHIRURGIENS DENTISTES DU BOULEVARD MIREUX LAUZÉ

79, Bd Mihailo Lazu
13010 MARSEILLE
Tel. 04 91 79 05 62
477 882 605 R.C.S. Marseille