

Devis N° 23394293

Date du devis :

01/06/2020



Ce document est donné à titre informatif exclusivement et ne vaut pas engagement de prise en charge des soins qui y sont spécifiés.

Informations du bénéficiaire

Nom et Prénom : BRAECKMANS DANIEL
Adresse : 23 ALLEE LOU GABIAN

Date de naissance : 05/01/1949
N° de sécurité sociale : 149013930001609

Rang : 1

N° adhérent : 194872

Nom de l'Organisme
Complémentaire : UNEO

Informations du Professionnel de Santé

Nom de la structure : ROBERT ESKENAZI
Adresse : 78 BOULEVARD MIREILLE LAUZE
13010 MARSEILLE
Adeli / Finess : 134020551
Spécialité : Chirurgien-Dentiste
Téléphone : 04.91.79.85.82

Matériaux et normes :

- 1 Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007
- 2 Alliage semi précieux NF EN ISO 22674 3/2007
- 3 Alliage non précieux CoCr NF EN ISO 22674 3/2007
- 4 Alliage non précieux NiCr EN ISO 22674 3/2007
- 5 Résine Base NF EN ISO 1557 2000
- 6 Résine Dent NF EN ISO 22112 2005
- 7 Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000
- 8 Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999

Description des actes prescrits et calcul du remboursement

N° de dent (voir localisation)	Libellé de l'acte	Matériau utilisé	Code CCAM	Code Regroup	Norme NF	Base de Remb. Ro	Fact. Remb. Ro	Fact. Remb. Camp	Part. Patient
15	POSE D'UNE COURONNE DENTAIRE DENTOPORTEE CERAMOCERAMIQUE		HBLD403	PFC	650.00	107.50	75.25	376.25	198.50
14	POSE D'UNE COURONNE DENTAIRE DENTOPORTEE CERAMOCERAMIQUE		HBLD403	PFC	650.00	107.50	75.25	376.25	198.50
TOTAL						215.00	150.50	752.50	397.00

hu et approuvé.

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

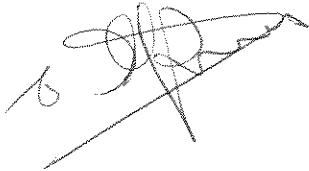
Je soussigné(e) DANIEL BRAECKMANS

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.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'D. Braeckmans', with a long horizontal stroke extending to the right.

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de charge éventuel, une information sur des alternatives sur des alternatives thérapeutiques 100% financé ou à défaut, si aucune alternative n'est trouvée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de soins de traitement complet, dans les délais d'attente.

Actes sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM/MSAP ou acte FN	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 praticien
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 de son traitement (Date et signature du patient ou du (ou des) représentant(s) légal (s)).

lu et approuvé

CLARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE

73, Bd Mireux Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04.91 79 85 82
477 892 685 R.C.S. Marseille

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**

Date du devis : **01 Juin 2020**
 Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) :
 Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **BRAECKMANS DANIEL** naissance : **05.01.1949 --**
 N° de Sécurité sociale du patient : **149013930001609**

A remplir 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 :

☒ 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).

Légenda 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 définitive 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	Déranique Monomérique NF en ISO 9872		

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 de responsable
2	Assuré	soumis à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient
3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
4	CSS	soumis à honoraires limités de facturation	pour les assurances complémentaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

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

Identification du patient

Nom et prénom : BRAECKMANS DANIÉLE naissance : 05.01.1949 --
N° de Sécurité sociale du patient : 149013930001609

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	15	HBLD403	Couronne Cc	emax	H.L.	650,00	107,50	75,25	376,25	198,50
2	14	HBLD403	Couronne Cc	emax	H.L.	650,00	107,50	75,25	376,25	198,50
Total:						1 300,00	215,00	150,50	752,50	397,00

Docteur Robert ESKENAZI

SELARL de Chirurgiens dentistes

78 Bd Mireille Lauze

13010 Marseille

04-91-79-85-82

NÂ° FINESS 13402551

BRAECKMANS DANIEL

23 allée du gabian

13470 Carnoux en prov

Date de naissance: /05.01.1949/

N° sécu.: 149013930001609

Mutuelle: UNEO

marseille le 22 Juillet 2020

Facture acquittée dans sa totalité par M DANIEL BRAECKMANS pour ses soins dentaires dont vous trouverez le détail ci-dessous.

Cette facture comprend le paiement par le/la patient(e) du remboursement de la sécurité sociale, remboursement de la mutuelle et celui du reste à charge. Par conséquent, sur présentation de cette facture acquittée, votre assuré(e) attend le remboursement des frais garantis par sa complémentaire santé.

	DENT	CODE	DESCRIPTION	MAT.	PANIER	PRIX	BASE	S.S.	MUT.	R.A.C.
1	15	HBLD403	Couronne Cc	emax	H.L.	650,00	107,50	75,25	376,25	198,50
2	14	HBLD403	Couronne Cc	emax	H.L.	650,00	107,50	75,25	376,25	198,50
Total:						1 300,00	215,00	150,50	752,50	397,00

**SELARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREILLE LAUZE**78, Bd Mireille Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04.91.79.85.82
477 882 885 R.C.S. Marseille