

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

Je soussigné(e) MOHAMMED HACHIMI

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



Bm par accord

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 (validée 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 sous-traitants 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 : 03 Septembre 2020
Valable jusqu'au 1er octobre 2020 (sauf réserve de modification réglementaire) :
Ce devis contient 3 pages indissociables
Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : HACHIMI MOHAMMED Date de naissance : 15-10-1952
N° de Sécurité sociale du patient : 152109938101531

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel rattachement à charge selon son contrat.

Nom de l'organisme complémentaire :
N° de contrat ou d'adhésion :
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) :
☐ 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 l'aptitude 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 Normentailure, 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 déclinée à la date de réalisation de l'acte.

Matériaux et normes :		1	2	3
		Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674	Résine Dent NF en ISO 22172	Céramique Monocouche NF en ISO 18072
Codes	1	100% Sans	Soumis à honoraires limités de sécurité	Sans reste à charge si le patient bénéficie d'un contrat de responsabilité
	2	Modèle	Soumis à honoraires limités de sécurité	Selon le contrat du patient
	3	Libre	Honoraires libres	Selon le contrat du patient
	4	CSS	Soumis à honoraires limités de sécurité	Pour les patients bénéficiaires de la Complémentaire Santé Malade (CSM)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

Identification du patient

Nom et prénom : **HACHIMI MOHAMMED** Date de naissance : **15-10-1952**
N° de Sécurité sociale du patient : **152109938101531**

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, MGAP 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	13	LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux i	emax	H.L.	700,00	0,00	0,00	0,00	700,00
2	13	LAPB002	Dégagement et activation d'1	emax	N.P.C.	150,00	0,00	0,00	0,00	150,00
3	13	LBLD019	Pose de moyen de liaison sur 1	emax	H.L.	200,00	160,93	112,65	0,00	87,35
Total:						1 050,00	160,93	112,65	0,00	937,35

Bon pour accord.