

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

3314.

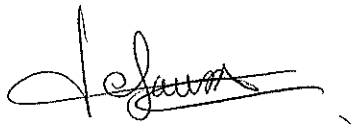
Je soussigné(e) VERONIQUE LE SAUSSE

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



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 : **27 Juillet 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 : **LE SAUSSE VERONIQUE** Age de naissance : **29-09-60**
 N° de Sécurité sociale du patient : **260091310308577**

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 ☐ hors Union Européenne (Pays) :

☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) :

☐ 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 :

- MN = Hors Nomenclature, 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 et normes :		1	2	3
		Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22874	Résine Dent NF en ISO 22112	Céramique Monolithe NF en ISO 9892

Codes		Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
--- Frais	1	100% Santé	soumis à honoraires limités de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance
	2	Modéré	soumis à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Parier CSS	4	CSS	soumis à honoraires limités de facturation	pour les assurances bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

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

Identification du patient

Nom et prénom : **LE SAUSSE VERONIQUE** Date de naissance : **29-09-60**
N° de Sécurité sociale du patient : **260091310308577**

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	45	HBLD680	Couronne E-max 1-2-3-4	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	0,00	416,00
2	45	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	7,00	0,00	53,00
Total:						560,00	130,00	91,00	0,00	469,00

Information alternative thérapeutique - en cas de refus à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à cause d'absence maladie et si demandeur par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de soins de traitement complet, dans un délai d'un an.

Acte sans reste à charge									
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM/NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériau utilisé ("")	Montants limite de facturation	Montants dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire
Total:						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 des soins alternatifs
Date et signature du patient ou du (du/des) représentant(s) légal(s) :

CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREHÉ LAUZE
78, Bd Mirehè Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 78 85 82
477 892 589 R.C.S. Marseille

Bon pour accord
[Signature]