

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 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 : **10001379451**
 N° de l'établissement (FINESS) : **134020551**
 Raison sociale et adresse : **SELARL de Chirurgiens dentistes**
78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille

Date du devis : **27 Août 2020**

Valable jusqu'au [sans 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 ou celui-ci, 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.

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 :

* sans sous-traitance du fabricant

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

Légende explicative du devis :

* HN = Hors Norme nationale.

acte non défini dans la nomenclature en vigueur

*** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoires sont indiqués. La prise en charge déductive est déduite à la date de réalisation de l'acte.

Matériau et norme :			
1	Alliage Non Précieux CoCr - NiF en ISO 22674	2	Résine Dent NiF en ISO 22112
3	Caractéristique Normative NiF en ISO 4872		
Codes		Libellés	Conditions tarifaires
1	100% Santé	soins à honoraires limités de sécurité	soins restés à charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsabilité
2	Modéré	soins à honoraires limités de sécurité	selon le contrat du patient
3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
4	CSS	soins à honoraires limités de sécurité	pour les assurés bénéficiaires d'un Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

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	17-16-15-14-13-12-11-21-22-25-26B7A007		Gingivectomie1 secteur de 4 à	emax	Opposable	850,00	290,00	203,00	0,00	647,00
Total:						850,00	290,00	203,00	0,00	647,00

1. The first of these is the fact that the
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
 8.
 9.
 10.
 11.
 12.
 13.
 14.
 15.
 16.
 17.
 18.
 19.
 20.
 21.
 22.
 23.
 24.
 25.
 26.
 27.
 28.
 29.
 30.
 31.
 32.
 33.
 34.
 35.
 36.
 37.
 38.
 39.
 40.
 41.
 42.
 43.
 44.
 45.
 46.
 47.
 48.
 49.
 50.
 51.
 52.
 53.
 54.
 55.
 56.
 57.
 58.
 59.
 60.
 61.
 62.
 63.
 64.
 65.
 66.
 67.
 68.
 69.
 70.
 71.
 72.
 73.
 74.
 75.
 76.
 77.
 78.
 79.
 80.
 81.
 82.
 83.
 84.
 85.
 86.
 87.
 88.
 89.
 90.
 91.
 92.
 93.
 94.
 95.
 96.
 97.
 98.
 99.
 100.
 101.
 102.
 103.
 104.
 105.
 106.
 107.
 108.
 109.
 110.
 111.
 112.
 113.
 114.
 115.
 116.
 117.
 118.
 119.
 120.
 121.
 122.
 123.
 124.
 125.
 126.
 127.
 128.
 129.
 130.
 131.
 132.
 133.
 134.
 135.
 136.
 137.
 138.
 139.
 140.
 141.
 142.
 143.
 144.
 145.
 146.
 147.
 148.
 149.
 150.
 151.
 152.
 153.
 154.
 155.
 156.
 157.
 158.
 159.
 160.
 161.
 162.
 163.
 164.
 165.
 166.
 167.
 168.
 169.
 170.
 171.
 172.
 173.
 174.
 175.
 176.
 177.
 178.
 179.
 180.
 181.
 182.
 183.
 184.
 185.
 186.
 187.
 188.
 189.
 190.
 191.
 192.
 193.
 194.
 195.
 196.
 197.
 198.
 199.
 200.
 201.
 202.
 203.
 204.
 205.
 206.
 207.
 208.
 209.
 210.
 211.
 212.
 213.
 214.
 215.
 216.
 217.
 218.
 219.
 220.
 221.
 222.
 223.
 224.
 225.
 226.
 227.
 228.
 229.
 230.
 231.
 232.
 233.
 234.
 235.
 236.
 237.
 238.
 239.
 240.
 241.
 242.
 243.
 244.
 245.
 246.
 247.
 248.
 249.
 250.
 251.
 252.
 253.
 254.
 255.
 256.
 257.
 258.
 259.
 260.
 261.
 262.
 263.
 264.
 265.
 266.
 267.
 268.
 269.
 270.
 271.
 272.
 273.
 274.
 275.
 276.
 277.
 278.
 279.
 280.
 281.
 282.
 283.
 284.
 285.
 286.
 287.
 288.
 289.
 290.
 291.
 292.
 293.
 294.
 295.
 296.
 297.
 298.
 299.
 300.
 301.
 302.
 303.
 304.
 305.
 306.
 307.
 308.
 309.
 310.
 311.
 312.
 313.
 314.
 315.
 316.
 317.
 318.
 319.
 320.
 321.
 322.
 323.
 324.
 325.
 326.
 327.
 328.
 329.
 330.
 331.
 332.
 333.
 334.
 335.
 336.
 337.
 338.
 339.
 340.
 341.
 342.
 343.
 344.
 345.
 346.
 347.
 348.
 349.
 350.
 351.
 352.
 353.
 354.
 355.
 356.
 357.
 358.
 359.
 360.
 361.
 362.
 363.
 364.
 365.
 366.
 367.
 368.
 369.
 370.
 371.
 372.
 373.
 374.
 375.
 376.
 377.
 378.
 379.
 380.
 381.
 382.
 383.
 384.
 385.
 386.
 387.
 388.
 389.
 390.
 391.
 392.
 393.
 394.
 395.
 396.
 397.
 398.
 399.
 400.
 401.
 402.
 403.
 404.
 405.
 406.
 407.
 408.
 409.
 410.
 411.
 412.
 413.
 414.
 415.
 416.
 417.
 418.
 419.
 420.
 421.
 422.
 423.
 424.
 425.
 426.
 427.
 428.
 429.
 430.
 431.
 432.
 433.
 434.
 435.
 436.
 437.
 438.
 439.
 440.
 441.
 442.
 443.
 444.
 445.
 446.
 447.
 448.
 449.
 450.
 451.
 452.
 453.
 454.
 455.
 456.
 457.
 458.
 459.
 460.
 461.
 462.
 463.
 464.
 465.
 466.
 467.
 468.
 469.
 470.
 471.
 472.
 473.
 474.
 475.
 476.
 477.
 478.
 479.
 480.
 481.
 482.
 483.
 484.
 485.
 486.
 487.
 488.
 489.
 490.
 491.
 492.
 493.
 494.
 495.
 496.
 497.
 498.
 499.
 500.
 501.
 502.
 503.
 504.
 505.
 506.
 507.
 508.
 509.
 510.
 511.
 512.
 513.
 514.
 515.
 516.
 517.
 518.
 519.
 520.
 521.
 522.
 523.
 524.
 525.
 526.
 527.
 528.
 529.
 530.
 531.
 532.
 533.
 534.
 535.
 536.
 537.
 538.
 539.
 540.
 541.
 542.
 543.
 544.
 545.
 546.
 547.
 548.
 549.
 550.
 551.
 552.
 553.
 554.
 555.
 556.
 557.
 558.
 559.
 560.
 561.
 562.
 563.
 564.
 565.
 566.
 567.
 568.
 569.
 570.
 571.
 572.
 573.
 574.
 575.
 576.
 577.
 578.
 579.
 580.
 581.
 582.
 583.
 584.
 585.
 586.
 587.
 588.
 589.
 590.
 591.
 592.
 593.
 594.
 595.
 596.
 597.
 598.
 599.

[illegible]

1-22-25-BB-5712

pose a?une protnese amovib:

三三

CC-0

66

230,000

100

www.benthamandonline.com

1000

TOSI

09

29,000

203,00

08-06-2007

Le padiglione era stato predisposto per un ricevimento, e per la comodità dei signori che dovevano trasferirsi, l'istituto di un padiglione era stato di loro disposizione, e l'istituto (l'istituto).

Amherst-Guyton Community

**CLAR DE CHIURGIIENSI DENTISTII
OU BOULEVARD MIRCELA LALUZE**

79, Bd Mirabeau/Laure
13010 MARSEILLE
Tel. 06 91 79 85 62
477 882 686 R.C.S. Marseille