

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

Je soussigné(e) JACQUELINE ETTORI

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
Letton

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 primes 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 : **ETTORI JACQUELINE** de naissance : **25-01-60**
 N° de Sécurité sociale du patient : **260011305537235**

A renvoyer par l'assuré le bulletin d'assurance en joignant ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel rachat à charge selon son contrat.

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

Date du devis : **15 Juillet 2020**
 Valable jusqu'au (sous réserve 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) :
- ☒ sans sous-traitance du fabricant ☐ 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).

Légende explicative du devis :

- **FIN = Hors Remboursement**, acte non décrit dans la nomenclature en vigueur
- **---** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoires sont indiqués, la prime en charge déductive est déduite à la date de réalisation de l'acte.

Matériaux et numéros :			1		2	3
			Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674		Résine Dent NF en ISO 22112	Céramique Monocouche NF en ISO 6872
Financiers	Code	Libellés	Conditions sanitaires		Prime en charge complémentaire	
	1	100% Sans	soins à 100% des limites de sécurité		sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance	
Financiers	2	Modèle	soins à 100% des limites de sécurité		selon le contrat du patient	
	3	Libre	honoraires libres		selon le contrat du patient	
Financier CSSS	4	CSSS	soins à 100% des limites de sécurité		pour les assurés bénéficiaires du Contrat Assurance Santé Santé (CSSS)	

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

Identification du patient

Nom et prénom: **ETTORI JACQUELINE** Date de naissance : **25-01-60**
N° de Sécurité sociale du patient : **260011305537235**

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HM (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Papier (***)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	47-46-45	HBLD227	Plural Cm-Cm-Cm- sans incisive	emax	R.M	1 600,00	279,50	195,65	531,50	872,85
2	47-46-45	HBLD034	bridge provisoire	emax	N.P.C.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:						1 600,00	279,50	195,65	531,50	872,85

Information alternative thérapeutique - en cas de refus à charge d'ordonner une intervention sur des alternatives thérapeutiques (M.O.S. sans ou à défaut de soins directs médicaux et si nécessaire le praticien sur demande du patient, doit justifier l'absence d'une nouvelle prescription de soins de traitement alternatif dans un délai strict.

Actes sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation C.C.A.M. N.C.S. ou M.O.	Nature de l'acte	Matières utilisées (g)	Pharmacies initiales de facturation	Matériaux dont pour le reste du dispositif médical	Eluxe des remplacement Assurance Médicale obligatoire	Remboursé Assurance Médicale obligatoire	Non remboursé Assurance Médicale obligatoire	Paiement par votre patient
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de choisir et de refuser l'acte dentaire proposé.

Signature du Chirurgien-Dentiste

**CLAR DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE**
79, Bd Mireux Lauze
13010 MARSEILLE
Tel. 06 91 79 15 62
477 882 509 R.C.S. Marseille

Donner acte oral
Dettou