

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

Je soussigné(e) BRIGITTE ROLANDO POGGIALE

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

23/07/2020.


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 2016)

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**

Identification du patient

Nom et prénom : **ROLANDO POGGIALE** ~~ESKENAZI~~ **naissance : 17-02-57**
 N° de Sécurité sociale du patient : **257021305580061**

Date du devis : **30 Juin 2020**

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) :

Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste 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 :

✓ 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 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 :

• **NIN = 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.

Montants en euros HT		1	2	3
		Allège Non Prescrite CAC - NF en ISO 22074	Revue Dent NF en ISO 22112	Cématique Monolithe NF en ISO 6872
Codes	Libellés	Conditions tarifaires		
		Prise en charge complémentaire		
		sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsabilité		
		selon le contrat du patient		
1	100% Sans	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsabilité		
2	Mixte	selon le contrat du patient		
3	Libre	selon le contrat du patient		
4	CSS	pour les assurés dentaires de la Compagnie Santé Bouquie (CSSB)		

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien : **ESKENAZI ROBERT**
N° de l'habilitation (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : **ROLANDO POGGIALE** Date de naissance : **17-02-57**
N° de Sécurité sociale du patient : **257021305580061**

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HK (*)	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	11	HBLD634	Couronne Cm 1-2-3-4	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	0,00	416,00
2	21	HBLD634	Couronne Cm 1-2-3-4	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	0,00	416,00
3	11	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	7,00	0,00	53,00
4	21	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	10,00	7,00	0,00	53,00
Total:						1 120,00	260,00	182,00	0,00	938,00

Information alternative thérapeutique - en cas de soins à charge éventuelle, sans affectation aux soins alternatifs thérapeutiques (100% Santé ou à défaut, à charge directe maladie et à défaut par le prestataire. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle prescription de soins de traitement complémentaires dans un délai donné

Actes sans reste à charge									
N° de traitement	N° dent ou localisation	Codification C.I.M.10 ou acte ICD	Nature de l'acte	Matière utilisée (%)	Proportions limitées de l'acte	Montant de la part du patient	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant Assurance Maladie obligatoire (%)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir vu la possibilité de soins alternatifs
Celle-ci est conforme au patient ou au (ou des) représentant(s) légal(s)

Signature du Chirurgien-dentiste

CLAUDE CHIRURGIE DENTISTE
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE
79, Boulevard Lauze
13010 MARSEILLE
Tel. 04 91 79 45 82
477 882 585 R.C.S. Marseille