

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 SOLAL ELSA
Identifiant du praticien RPPS : 10005142707
Identifiant du praticien ADEL : 134048735
N° de l'établissement (FINESS) :
Raison sociale et adresse : Cabinet Dentaire Capelette - 78 boulevard Mireille Lauze - 13010 MARSEILLE

Identification du patient

Nom et prénom : BALDY HELENE
Date de naissance : 20/06/1977
N° de Sécurité sociale du patient : 277061305567546
Adresse du patient : 39 avenue de provence -
13012 MARSEILLE

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

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

Numéro du devis : 6346620

Date du devis : 31/10/2023

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 30/04/2024

Ce devis contient 2 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne
☒ 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) :
☐ 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 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.

** Matériaux et normes :			
		Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
*** Paniers	Codes	Libellés	
	1	100% Santé	soumis à honoraires limités de facturation
	2	Moderé	soumis à honoraires limités de facturation
	3	Libre	honoraires libres
Panier CSS	4	CSS	soumis à honoraires limités de facturation
			pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS : 10005142707
Identifiant du praticien ADELI : 134048735
N° de l'établissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : BALDY HELENE Date de naissance : 20/06/1977
N° de Sécurité sociale du patient : 277061305567546

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	03	HBED024	Grefte épithélio-conjonctive/conjonctive 1 sextant		3		800,00	0,00	0,00	800,00
2	04	HBED024	Grefte épithélio-conjonctive/conjonctive 1 sextant		3		800,00	0,00	0,00	800,00
3	05	HBED024	Grefte épithélio-conjonctive/conjonctive 1 sextant		3		800,00	0,00	0,00	800,00
4	01	LBD003	Maxillaire / mandibulaire		3		0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL € (des actes envisagés)							2 400,00	0,00	0,00	2 400,00

Information Alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur les alternatives thérapeutiques 100% santé ou à défaut à entente directe modérée est donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet dans un devis distinct.

Actes sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO(****)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
TOTAL €							0,00	0,00	0,00	

Actes en reste à charge modéré

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO(****)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
TOTAL €							0,00	0,00	0,00	

« Afin de pouvoir commencer la réalisation de vos travaux prothétiques, le versement d'un acompte vous sera demandé lors de la réalisation des empreintes »

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Signature du Chirurgien-dentiste

1

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE
VOLET « RESTE A CHARGE »

Conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 Août 2018)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS : 10005142707
Identifiant du praticien ADEL : 134048735
N° de l'établissement (FINES) :

Identification du patient

Nom et prénom : BALDY HELENE
N° de Sécurité sociale du patient : 27706130567546
Date de naissance : 20/06/1977

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 (****)	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement TP AMO	Montant du remboursement TP AMC	Reste à charge
1	03	HBED024	Greffe épithélio-conjonctive/conjonctive 1 sextant		3	800,00	0,00	0,00	0,00	800,00
2	04	HBED024	Greffe épithélio-conjonctive/conjonctive 1 sextant		3	800,00	0,00	0,00	0,00	800,00
3	05	HBED024	Greffe épithélio-conjonctive/conjonctive 1 sextant		3	800,00	0,00	0,00	0,00	800,00
4	01	LBID003	Maxillaire / mandibulaire		3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL € (des actes envisagés)						2 400,00	0,00	0,00	0,00	2 400,00

Information Alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur les alternatives thérapeutiques 100% santé ou à défaut à entente directe modérée est donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet dans un devis distinct.

Actes sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement TP AMO	Montant du remboursement TP AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Actes en reste à charge modéré

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement TP AMO	Montant du remboursement TP AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

« Afin de pouvoir commencer la réalisation de vos travaux prothétiques, le versement d'un acompte vous sera demandé lors de la réalisation des empreintes »

Déclaration de consentement éclairé

Je soussigné(e) BALDY HELENE

Reconnais avoir été informé(e) par le Docteur ESKENAZI SOLAL ELSA

Sur mon plan de traitement.

J'ai reçu des informations détaillées en des termes que j'ai compris sur la nature de l'intervention proposée ainsi que sur les risques et complications.

J'ai pu poser toutes les questions me préoccupant concernant la nature et l'importance de l'intervention, les risques particuliers et les complications possibles.

Je n'ai plus de question en suspens et estime avoir suffisamment été informé(e).

Après avoir bénéficié d'un délai de réflexion que je juge suffisant, je donne par la présente mon consentement à la réalisation du traitement proposé.

J'accepte également l'extension du programme opératoire non prévisible qui pourrait se révéler nécessaire pendant le traitement.

J'autorise la prise de photos pour le dossier médical et la saisie d'informations pour le dossier informatique.

A MARSEILLE, le 31/10/2023

Signature du patient (ou tuteur légal) « Lu et approuvé »

 *Helene Baldy*

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)


X

Signature du Chirurgien-dentiste

