

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 ADELI : 134048735
N° de l'établissement (FINESS) :
Raison sociale et adresse : Cabinet Dentaire Capelette - 78 boulevard Mireille Lauze - 13010 MARSEILLE

Numéro du devis : 7155482
Date du devis : 26/02/2024
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 26/08/2024
Ce devis contient 2 pages indissociables
Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : ERIANI FRANCOISE
Date de naissance : 04/11/1949
N° de Sécurité sociale du patient : 249113856351304
Adresse du patient : 97 rue violette -
38140 RIVES SUR FURE

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 : BPCE
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) : En France
☒ sans sous-traitance du fabricant ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée :
☐ en France ☐ hors Union Européenne (Pays) : Sans sous-traitance du fabricant
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 :				
Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Rise en charge complémentaire	
**** Paniers	1	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dft responsable	
	2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Panier CSS	4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Identification du patient

Nom et prénom : ERIANI FRANCOISE Date de naissance : 04/11/1949
N° de Sécurité sociale du patient : 249113856351304

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, 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	16, 15, 44, 42, 41, 31, 37	LBGA009	Ablation d'implant avec resection osseuse		3		2800,00	0,00	0,00	2 800,00
2	46, 43, 34	HBGD009	Dépose prothèse sur implant		3		165,00	0,00	0,00	165,00
3	47, 31, 36	LBLD013	Pose d'implant		3		2100,00	0,00	0,00	2 100,00
4	47, 31, 36	LAPB003	Dégagement et activation d'implant		3		450,00	0,00	0,00	450,00
6	31, 32, 33, 34, 35, 36, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47	HN	Bridge complet transvissé résine provisoire				1500,00	0,00	0,00	1 500,00
5	02	HBLD056	GC résine 1 arcade		3		3994,08	0,00	0,00	3 994,08
8	31, 32, 33, 34, 35, 36, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47	HN	Bridge complet transvissé résine dents d'usage				6500,00	0,00	0,00	6 500,00
9	11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26	HN	Bridge complet transvissé résine dents d'usage				6500,00	0,00	0,00	6 500,00
7	47, 46, 43, 31, 34, 36	HBLD005	Infrastructure coronaire sur implant		3		1250,00	0,00	0,00	1 250,00
10	11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26	HN	Bridge complet transvissé résine provisoire				1500,00	0,00	0,00	1 500,00
11	15, 12, 22, 25	HBLD013	Infrastructure coronaire sur implant		3		1000,00	0,00	0,00	1 000,00
12	15, 12, 22, 25	LBLD004	Pose d'implant		3		2800,00	0,00	0,00	2 800,00
13	15, 12, 22, 25	LAPB001	Dégagement et activation d'implant		3		600,00	0,00	0,00	600,00
14	01	HBLD056	GC résine 1 arcade		3		2694,08	0,00	0,00	2 694,08
15		HBMA004	Comblement osseux/Membrane		3		1150,00	0,00	0,00	1 150,00
16		HBMA004	Comblement osseux/Membrane		3		850,00	0,00	0,00	850,00
TOTAL € (des actes envisagés)							35 853,16	0,00	0,00	35 853,16

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

[illegible]

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	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	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 Dr ELSA ESKENAZI SOLAL FINESS : 134048735 78 BD MAUREL LAUZE 13010 MARSEILLE TEL : 0491798582
--	---

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 (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : ERIANI FRANCOISE
Date de naissance : 04/11/1949
N° de Sécurité sociale du patient : 249113856351304

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	16, 15, 44, 42, 41, 31, 37	LBGA009	Ablation d'implant avec resection osseuse		3	2800,00	0,00	0,00	0,00	2800,00
2	46, 43, 34	HBGD009	Dépose prothèse sur implant		3	165,00	0,00	0,00	0,00	165,00
3	47, 31, 36	LBLD013	Pose d'implant		3	2100,00	0,00	0,00	0,00	2100,00
4	47, 31, 36	LAPB003	Dégagement et activation d'implant		3	450,00	0,00	0,00	0,00	450,00
6	31, 32, 33, 34, 35, 36, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47	HN	Bridge complet transvissé résine provisoire			1500,00	0,00	0,00	0,00	1500,00
5	02	HBLD056	GC résine 1 arcade		3	3994,08	0,00	0,00	0,00	3994,08
8	31, 32, 33, 34, 35, 36, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47	HN	Bridge complet transvissé résine dents d'usage			6500,00	0,00	0,00	0,00	6500,00
9	11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26	HN	Bridge complet transvissé résine dents d'usage			6500,00	0,00	0,00	0,00	6500,00
7	47, 46, 43, 31, 34, 36	HBLD005	Infrastructure coronaire sur implant		3	1250,00	0,00	0,00	0,00	1250,00
10	11, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26	HN	Bridge complet transvissé résine provisoire			1500,00	0,00	0,00	0,00	1500,00
11	15, 12, 22, 25	HBLD013	Infrastructure coronaire sur implant		3	1000,00	0,00	0,00	0,00	1000,00
12	15, 12, 22, 25	LBLD004	Pose d'implant		3	2800,00	0,00	0,00	0,00	2800,00
13	15, 12, 22, 25	LAPB001	Dégagement et activation d'implant		3	600,00	0,00	0,00	0,00	600,00
14	01	HBLD056	GC résine 1 arcade		3	2694,08	0,00	0,00	0,00	2694,08
15		HBMA004	Comblement osseux/Membrane		3	1150,00	0,00	0,00	0,00	1150,00
16		HBMA004	Comblement osseux/Membrane		3	850,00	0,00	0,00	0,00	850,00
TOTAL € (des actes envisagés)						35 853,16	0,00	0,00	0,00	35 853,16

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.

Déclaration de consentement éclairé

Je soussigné(e) ERIANI FRANCOISE

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 26/02/2024

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