

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 est faite sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les tarifs 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) : 0134020551
Raison sociale et adresse : SELARL de Chirurgiens dentistes
78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille

Date du devis : 28 Mars 2024
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) :
Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : RIBET GENNARO TIZIANA de naissance : 17-05-68
N° de Sécurité sociale du patient : 268059912710155

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'adhérent :
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

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

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 Remboursement.
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 et normes :		1	Alliage Non Précipité CoCr - NF en ISO 22874	2	Resine Dent NF en ISO 22112	3	Céramique Monolithe NF en ISO 6872
Parties	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire			
	1	100% Sans	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance			
	2	Mixte	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient			
Partie CSS	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient			
	4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurances bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)			

Identification du chirurgien-dentiste traitant
Identifiant du praticien : **ESKENAZI ROBERT**
N° de référencement (FINESS) :

Identification du patient
Nom et prénom : **RIBET GENNARO TIZIANA** de naissance : **17-05-68**
N° de Sécurité sociale du patient : **268059912710155**

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	15-11-25	HBLD227	Plural IMPLANTOPORTÉ	emax	H.L.	1 600,00	1 600,00	0,00	0,00	1 600,00
2	14	HBMD087	Pilier Cm	emax	H.L.	600,00	600,00	107,50	64,50	535,50
3	15-14-12-24-25	HBLD005	Pose d'infrastructure coronair	emax	N.P.C.	1 250,00	1 250,00	0,00	0,00	1 250,00
4	12	HBMD087	Pilier Cm	emax	H.L.	600,00	600,00	107,50	64,50	535,50
5	24	HBMD087	Pilier Cm	emax	H.L.	600,00	600,00	107,50	64,50	535,50
6	13	HBMD479	inter Cm 1er	emax	H.L.	600,00	600,00	0,10	0,06	599,94
7	21	HBMD433	inter Cm 2e	emax	H.L.	600,00	600,00	0,00	0,00	600,00
8	22	HBMD072	Inter Cm > 3e	emax	H.L.	600,00	600,00	10,75	6,45	593,55
9	23	HBMD072	Inter Cm > 3e	emax	H.L.	600,00	600,00	10,75	6,45	593,55
10	15-14-13-12-12-11-12									
	22-21-23-24-25	HBLD034	BRIDGE provisoire	emax	N.P.C.	500,00	500,00	0,00	0,00	500,00
Total:										
						7 550,00	7 550,00	344,10	206,46	7 343,54

Information alternative thérapeutique - en cas de refus d'urgence, veuillez nous informer sur des alternatives thérapeutiques. Nous vous remercions de nous en avoir informé par le formulaire. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, après un devis distinct.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM/MSAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Monnaie limite de facturation	Monnaie dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résultat par votre praticien
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Le patient ou son représentant (seul) reconnaît avoir eu la possibilité de choisir de son plein gré l'acte et la signature du patient ou du (ou des) représentant(s) (seul) (seuls).

Signature du Chirurgien-dentiste

**CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE**

23, Bd Mireux Lauze
13010 MORGES-LE
Tél. 04 91 79 15 62
477 892 685 R.C.S. Marseille

