

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 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 : 11 Avril 2024
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) :
Ce devis contient 2 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : CRISTOL DENIS Date de naissance : 01-07-51
N° de Sécurité sociale du patient : 151071305530510

A rembour 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 :

☒ sans sous-traitance du fabricant

☒ en France

☐ 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 :		1	2	3
		Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674	Résine Dent NF en ISO 22112	Céramique Monocouche NF en ISO 6872

Codes		Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
Paniers	1	100% Santé	soumis à honoraires limités de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance
	2	Moderné	soumis à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Panier CSS		4	CSS	soumis à honoraires limités de facturation pour les assurés affiliés à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

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

Identification du patient

Nom et prénom : CRISTOL DENIS Date de naissance : 01-07-51
N° de Sécurité sociale du patient : 15107130530510

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 (**)	Forier (***)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	13	HBLD012	Infrastructure coronaire sur 1	emax	N.P.C.	250,00	250,00	0,00	0,00	250,00
2	21	LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux i	emax	H.L.	700,00	700,00	0,00	0,00	700,00
3	21	HBLD012	Infrastructure coronaire sur 1	emax	N.P.C.	250,00	250,00	0,00	0,00	250,00
4	21	HBMA006	Ostéoplastie d'une alvéole d	emax	H.L.	400,00	400,00	0,00	0,00	400,00
5	16-15-14-13-12-11-21									
6	22-23-24-25-26	HBLD030	Prothèse dentaire complète t	emax	H.L.	2 500,00	2 500,00	182,75	109,65	2 390,35
7	15	HBLD012	Infrastructure coronaire sur 1	emax	N.P.C.	250,00	250,00	0,00	0,00	250,00
8	12	HBLD012	Infrastructure coronaire sur 1	emax	N.P.C.	250,00	250,00	0,00	0,00	250,00
	22	HBLD012	Infrastructure coronaire sur 1	emax	N.P.C.	250,00	250,00	0,00	0,00	250,00

Total:

4 850,00	4 850,00	182,75	109,65	4 740,35
----------	----------	--------	--------	----------

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de soins à charge patient, une information sur des alternatives thérapeutiques (OIP) Santé ou à défaut, à enjeux de santé publique et à donner par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, ainsi qu'un devis distinct.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM/NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériau utilisé (*)	Montants hors de facturation	Montants dont paye le service du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résiduel par votre praticien
1	21	HBLD364	Pose d'une prothèse à chassis résine 1 dent	résine	275,00	275,00	275,00	165,00	0	110,00
Total:						275,00	275,00	165,00	0,00	110,00

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

Signature du Chirurgien-dentiste

CLAUDE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE
22, Bd Mireux Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 06 91 78 45 82
477 892 685 R.C.S. Marseille

