

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 : 7793166
Date du devis : 05/06/2024
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 05/12/2024
Ce devis contient 2 pages indissociables
Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : CHAOUACHI BRAHIM
Date de naissance : 04/05/1985
N° de Sécurité sociale du patient : 18505935125759
Adresse du patient : 342 AV DE LA CAPELETTE RES DE L HUVEAUNE -
13010 MARSEILLE

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 : DELTA ASSURANCE / BALOO (SP SANTE)
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

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).

☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne

☐ 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) :

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	Prise en charge complémentaire	
			sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dli responsable	
**** Paniers	1 100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient	
	2 Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient	
	3 Libre	honoraires libres	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	
Panier CSS	4 CSS	soumis à honoraires limites de facturation		

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 : CHAOUACHI BRAHIM Date de naissance : 04/05/1985
N° de Sécurité sociale du patient : 185059935125759

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	HBJA247	Assainissement parodontal par lambeau sur 1 sextant		3		200,00	0,00	0,00	200,00
2	04	HBJA247	Assainissement parodontal par lambeau sur 1 sextant		3		200,00	0,00	0,00	200,00
3	05	HBJA247	Assainissement parodontal par lambeau sur 1 sextant		3		200,00	0,00	0,00	200,00
4	06	HBJA247	Assainissement parodontal par lambeau sur 1 sextant		3		200,00	0,00	0,00	200,00
5	14, 15	HBMA004	Régénération parodontale		3		350,00	0,00	0,00	350,00
6	25	HBMA004	Régénération parodontale		3		350,00	0,00	0,00	350,00
7	37	HBMA004	Régénération parodontale		3		350,00	0,00	0,00	350,00
TOTAL € (des actes envisagés)								1 850,00	0,00	1 850,00

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	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



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

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

Nom et prénom : CHAOUACHI BRAHIM Date de naissance : 04/05/1985
 N° de Sécurité sociale du patient : 185059935125759

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	HBJA247	Assainissement parodontal par lambeau sur 1 sextant		3	200,00	0,00	0,00	0,00	200,00
2	04	HBJA247	Assainissement parodontal par lambeau sur 1 sextant		3	200,00	0,00	0,00	0,00	200,00
3	05	HBJA247	Assainissement parodontal par lambeau sur 1 sextant		3	200,00	0,00	0,00	0,00	200,00
4	06	HBJA247	Assainissement parodontal par lambeau sur 1 sextant		3	200,00	0,00	0,00	0,00	200,00
5	14, 15	HBMA004	Régénération parodontale		3	350,00	0,00	0,00	0,00	350,00
6	25	HBMA004	Régénération parodontale		3	350,00	0,00	0,00	0,00	350,00
7	37	HBMA004	Régénération parodontale		3	350,00	0,00	0,00	0,00	350,00
TOTAL € (des actes envisagés)						1 850,00	0,00	0,00	0,00	1 850,00

Actes sans reste à charge

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	

[illegible]

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 AWC
					TOTAL €	0,00	0,00	0,00	0,00
									Réalisé par votre praticien
									Reste à charge
									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



Déclaration de consentement éclairé

Je soussigné(e) CHAOUACHI BRAHIM

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 05/06/2024

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