

Déclaration de consentement éclairé

Je soussigné(e) MOREIRA DA ROCHA

Reconnais avoir été informé(e) par le Docteur LACROIX

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 16/07/2024

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

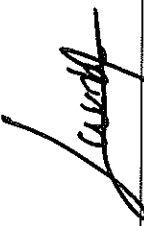
Actes en reste à charge modéré											
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement AMO	Montant du remboursement AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
2	46	HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	3		350,00	100,00	60,00	0,00	350,00	Oui
3	47	HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	3		350,00	100,00	60,00	0,00	350,00	Oui
TOTAL €						700,00	200,00	120,00	0,00	700,00	

« 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



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 : 10102088357
Identifiant du praticien ADEL : 134019355
N° de l'établissement (FINES) :

Identification du patient

Nom et prénom : MOREIRA DA ROCHA JOAQUIM PAULO
N° de Sécurité sociale du patient : 186049913925353

Date de naissance : 05/04/1986

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 AMO	Montant du remboursement AMC	Reste à charge
1	36	HBLD073	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une molaire	1	2	440,00	120,00	72,00	0,00	440,00
1	36	HBLD724	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée à entente directe limitée	2	2	60,00	10,00	6,00	0,00	60,00
1	36	HBLD745	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [inlay core] sous une couronne ou un pilier de Bridge dentoportés à entente directe limitée	3	2	175,00	90,00	54,00	0,00	175,00
2	46	HBMID460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux	4	3	490,00	100,00	60,00	0,00	490,00
3	47	HBMID460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux	4	3	490,00	100,00	60,00	0,00	490,00
TOTAL € (des actes envisagés)						1 655,00	420,00	252,00	0,00	1 655,00

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 AMO	Montant du remboursement AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
1	36	HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans reste à charge	2		60,00	10,00	6,00	0,00	60,00	Oui
1	36	HBLD090	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [inlay core] sous une couronne ou un pilier de Bridge dentoportés sans reste à charge	3		175,00	90,00	54,00	0,00	175,00	Oui
1	36	HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	3		290,00	120,00	72,00	0,00	290,00	Oui
TOTAL €						525,00	220,00	132,00	0,00	525,00	

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
2	46	HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	3	350,00 €	350,00	100,00	60,00	0,00	Oui
3	47	HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	3	350,00 €	350,00	100,00	60,00	0,00	Oui
					TOTAL €	700,00	200,00	120,00	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


Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS : 10102088357
Identifiant du praticien ADELI : 134019365
N° de l'établissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : MOREIRA DA ROCHA JOAQUIM PAULO
N° de Sécurité sociale du patient : 186049913925353
Date de naissance : 05/04/1986

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	36	HBLD073	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zirconé) sur une molaire	1	2	440,00 €	440,00	120,00	72,00	368,00
1	36	HBLD724	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée à entente directe limitée	2	2	60,00 €	60,00	10,00	6,00	54,00
1	36	HBLD745	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de Bridge dentoportés à entente directe limitée	3	2	175,00 €	175,00	90,00	54,00	121,00
2	46	HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux	4	3		490,00	100,00	60,00	430,00
3	47	HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux	4	3		490,00	100,00	60,00	430,00
TOTAL € (des actes envisagés)						1 655,00		420,00	252,00	1 403,00

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
1	36	HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans reste à charge	2	60,00 €	60,00	10,00	6,00	0,00	Oui
1	36	HBLD090	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de Bridge dentoportés sans reste à charge	3	175,00 €	175,00	90,00	54,00	0,00	Oui
1	36	HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	3	290,00 €	290,00	120,00	72,00	0,00	Oui
TOTAL €						525,00	220,00	132,00	0,00	

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 : LACROIX EDOUARD
Identifiant du praticien RPPS : 10102088357
Identifiant du praticien ADEL : 134019355
N° de l'établissement (FINESS) :
Raison sociale et adresse : Cabinet Dentaire Capelette - 78 boulevard Mireille Lauze - 13010 MARSEILLE

Numéro du devis : 8081626
Date du devis : 16/07/2024
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 16/01/2025
Ce devis contient 2 pages indissociables
Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : MOREIRA DA ROCHA JOAQUIM PAULO
Date de naissance : 05/04/1986
N° de Sécurité sociale du patient : 186049913925353
Adresse du patient : 5 rue Jean Dolfus - 13010

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 :

☒ 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

☐ hors Union Européenne (Pays) :

☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée :

☐ en France ☐ au sein de l'Union Européenne

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

Matériaux et normes :		Conditions tarifaires		Prise en charge complémentaire	
Codes	Libellés	sourns à honoraires limités de facturation		sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable	
1	100% Santé	sourns à honoraires limités de facturation		selon le contrat du patient	
2	Moderé	sourns à honoraires limités de facturation		selon le contrat du patient	
3	Libre	sourns à honoraires limités de facturation		selon le contrat du patient	
4	CSS	sourns à honoraires limités de facturation		pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	