

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 : **25 Juillet 2024**
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) :
Ce devis contient **3** pages indiscontinables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **BOSIO NICOLAS** Date de naissance : **10-04-1976**
N° de Sécurité sociale du patient : **176041305529310**

A renvoyer par l'assuré et 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 ☐ hors Union Européenne (Pays) :
- ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée ☐ hors Union Européenne (Pays) :
- ☐ en France ☐ 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 uniformisés, 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 22874		Résine Dent NF en ISO 22112		Céramique Monolithique NF en ISO 9872	

Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire	
1	100% Sans	soumis à honoraires limités de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance	
2	Mixte	soumis à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient	
3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient	
4	CSS	soumis à honoraires limités de facturation	pour les assurances complémentaires de 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 : BOSIO NICOLAS Date de naissance : 10-04-1976
N° de Sécurité sociale du patient : 176041305529310

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	16-17-18	HBLD043	Plural M-Cm-Cm	emax	R.M	1 635,00	1 635,00	279,50	167,70	1 467,30
2	18	HBLD745	Inlay core pour Rac Mod	emax	R.M	175,00	175,00	90,00	54,00	121,00
3	16	HBLD745	Inlay core pour Rac Mod	emax	R.M	175,00	175,00	90,00	54,00	121,00
4	16	HBGD011	Ablation d'un bloc métalliqu	emax	H.L.	38,70	38,70	0,00	0,00	38,70
5	18-17-16	HBLD034	BRIDGE provisoire	emax	N.P.C.	250,00	250,00	0,00	0,00	250,00
Total:						2 273,70	2 273,70	459,50	275,70	1 998,00

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, si aucune alternative médicale n'a été trouvée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai d'un an.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou au localisation	Cotation CCAM/MGAP ou acte FN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Montants limités de facturation	Montants 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 acte pratiqué
1	16-17-18	HBLD364	Pose d'une prothèse à chassis résine	résine	275,00	275,00	275,00	165,00	0	110,00
Total:					275,00	275,00	275,00	165,00	0,00	110,00

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

Signature du Chirurgien-dentiste

CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE

73, Bd Mireux Lauze
13010 MORGES-LE
TEL. 04 91 79 45 82
477 892 605 R.C.S. Marseille