

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 : 01 Août 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 : BEVILACQUA MARC Date de naissance : 12-04-58
N° de Sécurité sociale du patient : 158049935123530

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour contrevenir 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) : ☐ 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 Nomenclature,
acte non décrit dans la nomenclature en vigueur
*** Les montants remboursés et non remboursés du régime
obligatoire sont informatifs, la prise en charge déduite est définie
à la date de réalisation de l'acte.

** Matériaux et normes :		1	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674	2	Resine Dent NF en ISO 22112	3	Céramique Monolithique NF en ISO 6872
		Conditions tarifaires		Prise en charge complémentaire			
Coches	Libellés	1	100% Santé	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance			
		2	Moderé	selon le contrat du patient			
		3	Libre	selon le contrat du patient			
Panier CSS		4	CSS	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)			

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identification du praticien ESKENAZI ROBERT
N° de rétablissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : BEVILACQUA MARC Date de naissance : 12-04-58
N° de Sécurité sociale du patient : 158049935123530

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	37	HBLD158	5-6-7-8 Couronne E-max ou ccm	emax	R.M	550,00	550,00	120,00	120,00	430,00
2	37	HBLD724	Provisoire pour Rac Mod	emax	R.M	60,00	60,00	10,00	10,00	50,00
3	37	HBLD745	Inlay core pour Rac Mod	emax	R.M	175,00	175,00	90,00	90,00	85,00
Total:						785,00	785,00	220,00	220,00	565,00

Information alternative thérapeutique - en cas de refus d'urgence dentaire, une information sur les alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à l'assurance dentaire existante et si nécessaire par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai distinct.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM N°AMP ou code MN	Nature de l'acte	Matières utilisées (**)	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
1	37	HSLD038	Couronne en alliage métallique non précieux	métal	290,00	290,00	290,00	290,00	0	0,00
Total:										0,00

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)(s)

Signature du Chirurgien-dentiste

CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE

22, Bd Mireux Lauze
13010 MORSILLE
Tél. 04 91 79 85 82
477 892 686 R.C.S. Marseille