

Déclaration de consentement éclairé

Je soussigné(e) COPPI

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 23/08/2024

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

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 (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : COPPI LUDOVIC
Date de naissance : 01/05/1976
N° de Sécurité sociale du patient : 176058313701132

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	16	HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	1	1	230,00	120,00	0,00	0,00	290,00
1	16	HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans reste à charge	2	1	60,00	10,00	0,00	0,00	60,00
1	16	HBLD090	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de Bridge dentoportés sans reste à charge	1	1	175,00	90,00	0,00	0,00	175,00
2	15	HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	3	1	440,00	120,00	0,00	0,00	440,00
2	15	HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans reste à charge	2	1	60,00	10,00	0,00	0,00	60,00
2	15	HBLD090	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de Bridge dentoportés sans reste à charge	1	1	175,00	90,00	0,00	0,00	175,00
3	16	HBGD027	Ablation prothèse scellée unitaire		3	38,70	0,00	0,00	0,00	38,70
4	15	HBGD027	Ablation prothèse scellée unitaire		3	38,70	0,00	0,00	0,00	38,70
TOTAL € (des actes envisagés)						1 277,40	440,00	0,00	0,00	1 277,40

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
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

Identification du patient

Nom et prénom : COPPI LUDOVIC
Date de naissance : 01/05/1976
N° de Sécurité sociale du patient : 178058313701132

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, CCAP, ou 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	HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	1	1	290,00 €	290,00	120,00	0,00	290,00
1	16	HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans reste à charge	2	1	60,00 €	60,00	10,00	0,00	60,00
1	16	HBLD090	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [inlay core] sous une couronne ou un pilier de Bridge dentoportés sans reste à charge	1	1	175,00 €	175,00	90,00	0,00	175,00
2	15	HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	3	1	440,00 €	440,00	120,00	0,00	440,00
2	15	HBLD490	Pose d'une couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans reste à charge	2	1	60,00 €	60,00	10,00	0,00	60,00
2	15	HBLD090	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [inlay core] sous une couronne ou un pilier de Bridge dentoportés sans reste à charge	1	1	175,00 €	175,00	90,00	0,00	175,00
3	16	HBGD027	Ablation prothèse scellée unitaire		3		38,70	0,00	0,00	38,70
4	15	HBGD027	Ablation prothèse scellée unitaire		3		38,70	0,00	0,00	38,70
TOTAL € (des actes envisagés)							1 277,40	440,00	0,00	1 277,40

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, CCAP, ou 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	0,00	

Actes en reste à charge modéré

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, CCAP, ou 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
------------------	-------------------------	---	------------------	-------------------------	----------------------------------	---	---------------------------	-----------------------------	---------------------------	-----------------------------