

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 : **27 Août 2024**  
Valable jusqu'au (sauf réserve de modification réglementaire) :  
Ce devis contient **3** pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **ORDIONI VALERIE** Date de naissance : **02-05-1972**  
N° de Sécurité sociale du patient : **272051305506413**

A renvoyer 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'adhésion :  
Référéncia dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

- ☒ sans sous-traitance du fabricant ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : ☐ en France ☐ hors Union Européenne (Pays) : ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ 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 :

- \* MN = 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.

| Matières et normes : | 1 Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674 |  |  | 2 Réserve Dent NF en ISO 22112 |  | 3 Céramique Monolithe NF en ISO 6872 |  |
|----------------------|-----------------------------------------------|--|--|--------------------------------|--|--------------------------------------|--|
|                      |                                               |  |  |                                |  |                                      |  |

| Codes         |   | Libellés  | Conditions tarifaires                      | Prise en charge complémentaire                                            |
|---------------|---|-----------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Fraisiers     | 1 | 100% Sans | soumis à honoraires limites de facturation | sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable |
|               | 2 | Mixte     | soumis à honoraires limites de facturation | selon le contrat du patient                                               |
|               | 3 | Libre     | honoraires libres                          | selon le contrat du patient                                               |
| Fraisiers CSS |   | 4         | CSS                                        | soumis à honoraires limites de facturation                                |
|               |   |           |                                            | pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) |

## Identification du patient

Nom et prénom : ORDIONI VALERIE      Date de naissance : 02-05-1972  
N° de Sécurité sociale du patient : 272051305506413

| Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes |
|-----------------------------------------------------------------|
|-----------------------------------------------------------------|

| N° de traitement | N° dent ou Localisation | Cotation CCAM, NCAP 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                | 26                      | HBMD460                            | Restauration d'une dent sur | emax                   | R.M           | 490,00                           | 490,00                                              | 100,00                    | 60,00                 | 430,00                    |

|        |        |        |       |        |
|--------|--------|--------|-------|--------|
| 490,00 | 490,00 | 100,00 | 60,00 | 430,00 |
|--------|--------|--------|-------|--------|

**Information alternative thérapeutique** - en cas de refus à charger l'assuré, une information sur des alternatives thérapeutiques (MTC, Yoga, etc.) doit être donnée au patient, à l'exception des soins de base. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai raisonnable.

**Acte sans reste à charge**

| N° de<br>traitement | N° dent<br>ou<br>Localisation | Cotation<br>CCAM, NGAP ou acte<br>PIN | Nature de l'acte | Matériaux<br>utilisés<br>(*) | Montants<br>limités<br>de facturation | Montants<br>dont pris en<br>charge par<br>le patient | Base de<br>remboursement<br>Assurance<br>Maladie<br>obligatoire | Montant<br>remboursé<br>Assurance<br>Maladie<br>obligatoire | Montant<br>non remboursé<br>Assurance<br>Maladie<br>obligatoire | Résultat<br>sur votre<br>feuille<br>pratique |
|---------------------|-------------------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Total:              |                               |                                       |                  |                              |                                       | 0,00                                                 | 0,00                                                            | 0,00                                                        | 0,00                                                            | 0,00                                         |

Le patient ou son représentant (sauf mineur, voir la possibilité du choix de son traitement)  
Date et signature du patient ou du (de) représentant(s) (égal (s) à(s))

Signature du Chirurgien-dentiste

YVES DE CHIRURGIENS DENTISTES  
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE

78, Bd Mireux Lauze  
13010 MARSEILLE  
Tél. 04 91 78 15 62  
477 892 686 R.C.S. Marseille

