

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 : 02 Septembre 2024
Valable jusqu'au (sous réserve de modifications réglementaires) :
Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : DETTORI JEAN Date de naissance : 17-08-1950
N° de Sécurité sociale du patient : 150081305529783

A remplir 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'adhésion :
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 déductive est définie à la date de réalisation de l'acte.

*** Montants et impositions :		1	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22814	2	Résine Dent NF en ISO 22112	3	Céramique Monolithe NF en ISO 6872
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	Moyenné	soumis à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient			
3	Libre	honoraires libres		selon le contrat du patient			
Parties CSS		4	CSS	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSSS)			

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

Identification du patient

Nom et prénom : DETTORI JEAN Date de naissance : 17-08-1950
N° de Sécurité sociale du patient : 150081305529783

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 dent prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	15	HBLD350	1-2-3-4-5 Couronne dentaire de	emax	R.0	440,00	440,00	120,00	120,00	320,00
2	15	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	175,00	90,00	90,00	85,00
3	15	HBLD490	Provisoire pour Rac 0	emax	R.0	60,00	60,00	10,00	10,00	50,00

Total:	675,00	675,00	220,00	220,00	455,00
--------	--------	--------	--------	--------	--------

