

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 2015)

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 : 13 Septembre 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 : ROUSSEAU LAURENCE de naissance : 05-10-65
N° de Sécurité sociale du patient : 265101305533172

A remplir par l'assuré et celui-ci doit être envoyé de 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 ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☒ sans sous-traitance du fabricant ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée en France ☐ 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 :

* NF = Hors Normanculture.

soit non décrit dans la nomenclature en vigueur

*** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont indiqués, la prise en charge déductive est déduite à la date de réalisation de l'acte.

Montants en euros :		1	2	3
Montants en euros :		1 22674	2 Régime Dent NF en ISO 22112	3 Céramique Monocouche NF en ISO 6872
Partiers	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
	1	100% Sans	soins à honoraires limités de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance
	2	Mixte	soins à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Partier CSS	4	CSS	soins à honoraires limités de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSSS)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

Identification du patient

Nom et prénom : ROUSSEAU LAURENCE
N° de Sécurité sociale du patient : 265101305533172
Date de naissance : 05-10-65

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	37	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	175,00	90,00	54,00	121,00
2	37	HBLD038	1-2-3-4-5-6-7-8 Couronne Méta	emax	R.0	290,00	290,00	120,00	72,00	218,00
3	36	LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux i	emax	H.L.	700,00	700,00	0,00	0,00	700,00
4	36	LAPB002	Dégagement et activation d'1	emax	N.P.C.	150,00	150,00	0,00	0,00	150,00
5	36	HBLD012	Infrastructure coronaire sur 1	emax	N.P.C.	250,00	250,00	0,00	0,00	0,00
6	36	HBLD418	Couronne dentaire implantoport	emax	H.L.	700,00	700,00	107,50	64,50	136,50

Total:

2 265,00	2 265,00	317,50	190,50	1 325,50
----------	----------	--------	--------	----------

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques J0000. Merci ou à défaut, à l'assurance d'être informée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai donné.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM NGAAP ou acte FN	Nature de l'acte	Matériau utilisé (°°)	Interventions incluses de base	Matériau dentaire pris en compte de disponibilité médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant Assurance Maladie obligatoire	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Pdabilité par votre praticien
1	36	HBLD364	Pose d'une prothèse à chassis résine 1 dent	résine	275,00	275,00	275,00	165,00	0	110,00
2	36	HBLD038	Couronne en alliage métallique non précieux	métal	290,00	290,00	290,00	174,00	499	-38
Total:					565,00	565,00	565,00	339,00	499,00	-273,00

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

Signature du Chirurgien-dentiste

CLAUDE CHIEUGIENS DENTISTE
DU BOULEVARD MIRÉHÉ LAUZE

73, Bd Miréhé Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 06 81 79 85 82
477 852 505 R.C.S. Marseille

