

Docteur Robert **ESKENAZI**
SELARL de Chirurgiens dentistes
78 Bd Mireille Lauze
13010 Marseille
04-91-79-85-82
N° FINESS 134020551

POMES ELIANE
1 PLACE DE L ARCHANGE
13005 MARSEILLE
Date de naissance: 11-01-43
N° sécu.: 243011305570649
Mutuelle: MUNICIPALUX

Marseille le 18 Novembre 2024

Facture acquittée dans sa totalité par M ELIANE POMES pour ses soins dentaires dont vous trouverez le détail ci-dessous. Cette facture comprend le paiement par le/la patient(e) du remboursement de la sécurité sociale, remboursement de la mutuelle et celui du reste à charge. Par conséquent, sur présentation de cette facture acquittée, votre assuré(e) attend le remboursement des frais garantis par sa complémentaire santé.

DENT	CODE	DESCRIPTION	MAT.	PANIER	PRIX	BASE	S.S.	MUT.	R.A.C.
43-33	HBLD017	Pose d'infrastructure coronair	emax	N.P.C.	500,00	0,00	0,00	0	500,00
Total:					500,00	0,00	0,00	0,00	500,00

SELARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREILLE LAUZE
78, Bd Mireille Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04.91.79.85.82
477 892 689 R.C.S. Marseille

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 : **07 Novembre 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 : **POMES ELIANE** Date de naissance : **11-01-43**
N° de Sécurité sociale du patient : **243011305570649**

A remplir 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'adhérent :
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

☑ sans sous-traitance du fabricant

☑ en France ☐ au sein de l'Union Européenne

☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée :
☐ en France ☐ au sein de l'Union Européenne

☐ hors Union Européenne (Pays) :

☐ 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 :

* 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.

Matériaux et normes :		1	2	3
		Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22814	Résine Dent NF en ISO 22112	Céramique Monolithe NF en ISO 6872

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

Information alternative thérapeutique - en cas de refus à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Sans ou à débour, à aucune directe modérée et à débour par le
uniquement. Sur demande du patient, elle pour donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai raisonnable.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent du localisation	Cotation CCAM/NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Honoraires lunette de l'actuation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(**)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résulté par votre patient
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Signature du Chirurgien-dentiste

Le patient ou son représentant (seul responsable) a été en la possession du choix de son traitement
Date et signature du patient ou du (ou des) représentant(s) (seul (les) seul(s))

**CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIRREX LAUZE**

39, Bd Mirreix Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 78 15 82
477 892 685 R.C.S. Marseille