

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 SOLAL ELSA  
Identifiant du praticien RPPS : 10005142707  
Identifiant du praticien ADEL : 134048735  
N° de l'établissement (FINESS) :  
Raison sociale et adresse : Cabinet Dentaire Capelette - 78 boulevard Mireille Lauze - 13010 MARSEILLE

Numéro du devis : 8886852  
Date du devis : 25/11/2024  
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 25/05/2025  
Ce devis contient 2 pages indissociables  
Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : GASPARI LAETITIA Date de naissance : 12/03/1984  
N° de Sécurité sociale du patient : 284039941900284  
Adresse du patient : 17D avenue pasteur -  
13007 MARSEILLE

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 : Santiane  
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

☐ hors Union Européenne (Pays) :

☐ 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 :

\* 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 définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

\*\* Matériaux et normes :

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

# Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS : 10005142707  
 Identifiant du praticien ADEL : 134048735  
 N° de l'établissement (FINESS) :

# Identification du patient

Nom et prénom : GASPARI LAETITIA Date de naissance : 12/03/1984  
 N° de Sécurité sociale du patient : 284039941900284

## 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 dont prix de vente du dispositif médical | Base de remboursement AMO | Montant remboursé AMO(****) | Montant non remboursé AMO |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------|-------------------------|---------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 1                             |                         | HBQD001                            | Bilan parodontal |                         | 3             |                                  | 50,00                                               | 0,00                      | 0,00                        | 50,00                     |
| TOTAL € (des actes envisagés) |                         |                                    |                  |                         |               |                                  |                                                     |                           |                             | 50,00                     |

**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 | 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                      |                             |

## Actes en reste à charge modéré

| N° de traitement | N° dent ou Localisation | Cotation CCAM, 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                      |                             |

« Afin de pouvoir commencer la réalisation de vos travaux prothétiques, le versement d'un acompte vous sera demandé lors de la réalisation des empreintes »

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

Signature du Chirurgien-dentiste

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 : 10005142707  
Identifiant du praticien ADEL : 134048735  
N° de l'établissement (FINES) :

Identification du patient

Nom et prénom : GASPARI LAETITIA Date de naissance : 12/03/1984  
N° de Sécurité sociale du patient : 284039941900284

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 TP AMO | Montant du remboursement TP AMC | Reste à charge |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------|-------------------------|---------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------|
| 1                             |                         | HBQD001                            | Bilan parodontal |                         | 3             | 50,00                  | 0,00                            | 0,00                            | 0,00                            | 50,00          |
| TOTAL € (des actes envisagés) |                         |                                    |                  |                         |               | 50,00                  | 0,00                            | 0,00                            | 0,00                            | 50,00          |

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 TP AMO | Montant du remboursement TP AMC | Reste à charge | 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, 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 TP AMO | Montant du remboursement TP AMC | Reste à charge | Réalisé par votre praticien |
|------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------|-----------------------------|
|                  |                         |                                    |                  |                         |                                  |                        |                                 |                                 |                                 |                |                             |
| TOTAL €          |                         |                                    |                  |                         |                                  | 0,00                   | 0,00                            | 0,00                            | 0,00                            | 0,00           |                             |

« Afin de pouvoir commencer la réalisation de vos travaux prothétiques, le versement d'un acompte vous sera demandé lors de la réalisation des empreintes »

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

Signature du Chirurgien-dentiste



## Déclaration de consentement éclairé

Je soussigné(e) GASPARI

Reconnais avoir été informé(e) par le Docteur ESKENAZI SOLAL

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 28/11/2024

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

