

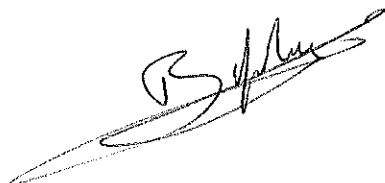
Docteur Robert Eskenazi
Chirurgien-dentiste
78 Bd. Mirreille Lauze
13010 Marseille
0491798582

Je soussigné(e) PATRICK BIFULCO

donne mon consentement éclairé au plan de traitement proposé par mon dentiste qui a réalisé le bilan clinique et étudié les examens complémentaires et qui m'a informé des autres solutions possibles pour ma réhabilitation buccale.

Je certifie avoir reçu les informations, indications et contre indications nécessaires et avoir obtenu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant ces actes.

Fait en double exemplaires à Marseille le 27/07/20

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bifulco', with a long horizontal stroke extending to the left.

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 :

N° de l'établissement (FINESS) :

Raison sociale et adresse : SELARL de Chirurgiens dentistes 78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille

Date du devis : 27 Juillet 2020

Valable jusqu'au (jusqu'à réserve de modification (réglementaire)) :

Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : BIFULCO

PATRIK de naissance : 29-09-65

N° de Sécurité sociale du patient : - 165091305517271

A remplir par l'assuré et celui-ci s'engage à verser ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel rachat 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) :

☐ 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 :

	1	2	3
1	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674	Régime Dent NF en ISO 23113	Ceramique Monocouche NF en ISO 6872

	Codex	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
1	100% Sans	soumis à honoraires limités de facturation	sans rès à charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsabilité	
2	Moderé	soumis à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient	
3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient	
4	CSS	soumis à honoraires limités de facturation	pour les assurances complémentaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	

Identification du chirurgien-dentiste traitant
Identifiant du praticien : ESKENAZI ROBERT
N° de référencement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : BIFULCO PATRICK de naissance : 29-09-65
N° de Sécurité sociale du patient : 165091305517271

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	16	HBLD158	Couronne E-max 5-6-7	emax	R.M	550,00	120,00	84,00	0,00	466,00
2	16	HBLD745	Inlay core pour Rac Mod	emax	R.M	175,00	90,00	63,00	0,00	112,00
Total:						725,00	210,00	147,00	0,00	578,00

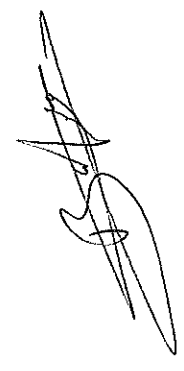
Information alternative thérapeutique - en cas de refus d'urgence d'urgence, une information sur des alternatives thérapeutiques (100% Santé par le défaut de soins d'urgence médicale et si demandé par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle prescription de soins de traitement complet, dans un délai raisonnable.

Actes sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Catégorie CCAM/NGAP ou acte PIN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Équipement utilisé de l'installation	Références (N° de la notice ou de la notice médicale)	Base de remboursement (Assurance Maladie obligatoire)	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résultat sur votre casier
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Signature du Chirurgien-dentiste

Le patient ou son représentant (signé) reconnaît avoir eu la possibilité de poser des questions et de recevoir des réponses satisfaisantes.

Bon pour accord



**CLAR DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAURE**

79, Bd Mireux Laure
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 79 85 62
477 892 688 R.C.S. Marseille