

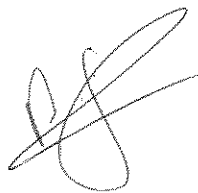
Docteur Robert Eskenazi
Chirurgien-dentiste
78 Bd. Mirreille Lauze
13010 Marseille
0491798582

Je soussigné(e) BADIH GHATTAS

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

 Bon pour accord

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 2016)

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 : **16 Juillet 2020**
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) :
Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **GHATTAS BADIH** Date de naissance : **06-01-1971**
N° de Sécurité sociale du patient : **171019920702889**

A remettre par l'assuré au 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 :

☒ 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 dévolutive est définie à la date de réalisation de l'acte.

Matériaux et montants :		1	2	3
		Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22874	Resine Dent.NF en ISO 22112	Céramique Nonlithique NF en ISO 9872

Codes		Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
Paiement	1	100% Sans	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsabilité
	2	Mixité	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Paiement CSS		4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation pour les assurances non-lithiques de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Identification der chirurgisch-dentisten-orientierten

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

Identification du patient

Nom et prénom : GHATTAS BADIH Date de naissance : 06-01-1971
N° de Sécurité sociale du patient : 171019920702889

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	17	HBMD351	Restauration d'une dent sur	emax	H.L.	350,00	100,00	70,00	0,00	280,00
				Total:		350,00	100,00	70,00	0,00	280,00

Information alternative thérapeutique - en cas de refus et charge éventuelle, une information sur des alternatives aux soins dentaires est donnée 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/MSAP ou acte ICD	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Planification de l'acte	Montants d'actes de soins médicaux	Montants d'actes de soins dentaires	Montants d'actes de soins orthodontiques	Montants d'actes de soins autres
Total:							0,00	0,00	0,00
							0,00	0,00	0,00

Signature du Chirurgien-dentiste

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de choisir de son plein gré et sans aucune contrainte, l'acte dentaire proposé et accepte les conséquences de son choix.

Don par accord

CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIRÉJOL LAUZÉ

73, Bd Miréjol Lauzé
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 78 85 82
477 892 685 R.C.S. Marseille