

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

Je soussigné(e) ALAIN ABIGNOLI

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 13/05/2020,

lu et approuvé,


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 afférents 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**

Identification du patient

Nom et prénom : **ABIGNOLI ALAIN** Date de naissance : **27-06-1953**
 N° de Sécurité sociale du patient : **153061305500205**

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuelle prise en charge selon son contrat :

Nom de l'organisme complémentaire :
 N° de contrat ou d'adhésion :
 Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Date du devis : **13 Mai 2020**

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

Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

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 : ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☐ en France ☐ au sein de l'Union Européenne

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.

Médicaments et produits :			1 Alliage Non Précieux CoCr-Ni en ISO 22674		2 Résine Dent NF en ISO 22112	3 Céramique Monolithique NF en ISO 4072
Partiers	Codes	Libellés	Conditions tarifaires		Prises en charge complémentaires	
			1 100% Sans	sources à honoraires limités de facturation	2 Moitié	sources à honoraires limités de facturation
	2	Moitié	sources à honoraires limités de facturation	sources à honoraires limités de facturation	3	Libre
	3	Libre	sources à honoraires limités de facturation	sources à honoraires limités de facturation	4	CSS
	4	CSS	sources à honoraires limités de facturation	sources à honoraires limités de facturation		

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de charge eventuel, sans information sur des alternatives thérapeutiques possibles. Surtout ne pas oublier de renseigner divers modes de paiement par le patient. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle prescription de plan de traitement envisagé, dans un autre délai.

Acte sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Codage C.I.M.10, N.A.P. ou acte I.N.	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Montants limités de facturation	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	Restant payé par votre praticien
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de choisir de non valablement l'acte et signature du patient ou du (ou des) représentant(s) légal(s) (patient)

Signature du Chirurgien-dentiste

le 13/05/2020
le et approuvé

Ab. Pouch

CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREKLE LAUZE
72, Bd Mirekx Lauze
13010 MORSEILLE
Tel. 04 91 78 45 82
477 892 605 R.C.S. Marseille