

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien : ESKENAZI ROBERT
N° de rétablissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : IMPROTA
N° de Sécurité sociale du patient : 2470199353510

SONI Date de naissance : 10-01-47

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	26	HBMD081	Pilier Métal	emax	H.L.	250,00	250,00	107,50	75,25	87,75
2	22	HBMD479	inter Cm 1er	emax	H.L.	500,00	500,00	0,10	0,07	444,90
3	23	HBMD433	inter Cm 2e	emax	H.L.	500,00	500,00	0,00	0,00	445,00
4	24	HBMD072	Inter Cm > 3e	emax	H.L.	500,00	500,00	10,75	7,53	434,26
5	11-21 25	HBLD750	Cm-Cm-Cm (ext) avec incisive o	emax	H.L.	1 650,00	1 650,00	279,50	195,65	1 315,50
6	11	HBLD245	Inlay core pour H.L.	emax	H.L.	150,00	150,00	90,00	63,00	60,00
7	25	HBLD245	Inlay core pour H.L.	emax	H.L.	150,00	150,00	90,00	63,00	60,00
8	26	HBLD245	Inlay core pour H.L.	emax	H.L.	150,00	150,00	90,00	63,00	60,00
Total:						3 850,00	3 850,00	667,85	467,50	2 907,41

Lu et approuvé

[Signature]

Information alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques (OTF, Soins ou à domicile, à caractère alternatif médical ou à caractère alternatif par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, sous un autre régime.

Acte sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM/MSAP ou acte MN	Nature de l'acte	Matériels utilisés (*)	Honoraires 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	Résultat par votre praticien
Total:							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 traitement Date et signature du patient ou du (ou des) responsables (légal (s))

Lu et Approuvé

(Signature)

CHARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREHTE LAUZE
 28, Bd Mirehite Lauze
 13010 MARSEILLE
 Tél. 04 91 79 85 82
 477 892 685 R.C.S. Marseille