

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

Je soussigné(e) ARMEN GRIGORYAN

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 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 : 03 Août 2020
 Valable jusqu'au 1^{er} mars 2021 (sauf extension réglementaire) :
 Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : GRIGORYAN ARMEN Date de naissance : 02-10-86
 N° de Sécurité sociale du patient : 186109925200514

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 :

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

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

Matériau et norme :		1	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674	2	Résine Dent NF en ISO 22112	3	Céramique Monocouche NF en ISO 6872
Paniers	Codes	Libelles	Conditions tarifaires		Prise en charge complémentaire		
	1	100% Sans	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsable			
	2	Moderé	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient			
Panier CSS	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient			
	4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurances bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)			

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

Identification du patient

Nom et prénom : GRIGORYAN ARMEN Date de naissance : 02-10-86
N° de Sécurité sociale du patient : 186109925200514

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 AHO	Montant non remboursé AMO
1	18	HBLD038	Couronne Mt.	emax	R.0	250,00	107,00	74,90	0,00	175,10
Total:						250,00	107,00	74,90	0,00	175,10

Information alternative thérapeutique - en cas de refus à charge éventuelle, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé est à défaut, il est demandé au patient de ne pas demander de soins. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle prescription de soins de traitement complet, dans un délai strict.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM/NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Montants limite de facturation	Montants dont prix de vente du matériel médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résidu par votre praticien
1	18	HBLD038	Couronne Mt.	emax	250,00	250,00	107,00	74,90	0	175,10
2	18	HBLD080	Inlay-core R0	emax	130,00	130,00	130,00	91,00	0	39,00
Total:						380,00	237,00	165,90	0,00	214,10

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

Signature du Chirurgien-Dentiste

Bon pour accord

LABEL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE

73, Bd Mireux Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 79 45 62
477 802 605 R.C.S. Marseille