

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

Identification du patient

Nom et prénom : LEGLISE MATHIEU Date de naissance : 27-10-1990  
N° de Sécurité sociale du patient : 190103307511609

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                | 37                      | HBMD460                            | Restauration d'une dent sur | emax                   | H.L.          | 450,00                           | 100,00                                              | 70,00                     | 0,00                  | 380,00                    |
| Total:           |                         |                                    |                             |                        |               | 450,00                           | 100,00                                              | 70,00                     | 0,00                  | 380,00                    |

Le 27/10/2010

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de change éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques (OFP). Sans ou à défaut de réponse écrite motivée, il est considéré par le patient, sur demande du patient, être pour donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai maximal de 15 jours.

| Acte sans reste à charge |                     |                               |                  |                        |                                  |                                                     |                                                     |                                                          |                                                     |
|--------------------------|---------------------|-------------------------------|------------------|------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| N° de traitement         | N° dent ou prothèse | Cotation CCAM NDAF ou acte MN | Nature de l'acte | Matériaux utilisés (*) | Honoraires limite de facturation | Honoraires dans le cas de vente ou de dépôt médical | Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire | Montant remboursement Assurance Maladie obligatoire (**) | Montant remboursement Assurance Maladie obligatoire |
| Total:                   |                     |                               |                  |                        |                                  | 0,00                                                | 0,00                                                | 0,00                                                     | 0,00                                                |

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de choisir de son traitement  
Date et signature du patient ou du (ou de ses) représentant(s) légal(s)

Signature du Chirurgien-dentiste

CLAUDE CHIRURGIENS DENTISTES  
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE  
29, Bd Mireux Lauze  
13010 MARSEILLE  
Tél. 06 94 78 85 82  
477 852 505 R.C.S. Marseille

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

Je soussigné(e) MATHIEU LEGLISE

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

lu et approuvé  
12/05/2020  
