

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

Je soussigné(e) HOA DEWAELE

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 d'accord
Inzeleu
←

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 critères en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de rédaction 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 : 25 Mai 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 : DEWAELE HOA Date de naissance : 05-01-52
N° de Sécurité sociale du patient : 138037511041955

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'adhérent :
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

☒ en France ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☐ sans sous-traitance du fabricant ☐ 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.

Matériaux et normes :		1	2	3	4
		Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22874	Resine Dent NF en ISO 22112	Dentique Monolithe NF en ISO 6872	

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

Identification du chirurgien-dentiste traitant
Identifiant du praticien ESKENAZI ROBERT
N° de référencement (RNESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : DEWAELE HOA Date de naissance : 05-01-52
N° de Sécurité sociale du patient : 138037511041955

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	24	HBLD680	Couronne E-max 1-2-3-4	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	0,00	416,00
2	24	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	63,00	0,00	112,00
Total:						675,00	210,00	147,00	0,00	528,00

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de charge alternatif, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Sans ou à défaut, à ensemble d'actes médicaux et à distance par le patient. Sur demande du patient, elle pour donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai raisonnable.

Acte sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM/NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériau utilisé (*)	Montants forfaitaire de facturation	Montants 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 due votre praticien
Total:						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 du choix de son traitement
Date et signature du patient ou du (des) représentant(s) légal (s)

Bon pour d'accord.

Arachid

CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE

78, Bd Mireux Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04.91 79 85 82
477 862 686 R.C.S. Marseille