

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

Je soussigné(e) MOHAMMED HACHIMI

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



Bm par 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 : **10001379451**
 N° de l'habilitation (FINESS) : **134020551**
 Raison sociale et adresse : **SELARL de Chirurgiens dentistes**
78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille

Date du devis : **03 Septembre 2020**
 Valable jusqu'au : **lesus réserve de modification réglementaire** :
 Ce devis contient **3** pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **HACHIMI MOHAMMED** Date de naissance : **15-10-1952**
 N° de Sécurité sociale du patient : **152109938101531**

A remplir par l'assuré et celui-ci s'engage à acquiescer de devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel droit 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

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 Norme dentaire,
 acte non décrit dans la nomenclature en vigueur

** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoires sont indiqués, la prise en charge définitive est déclinée à la date de réalisation de l'acte.

Matières en matière :		1	2	3
		Alliages Non Précieux CSCI - NF en ISO 22814	Résine Dent NF en ISO 22112	Céramique Biodentine NF en ISO 14672
Parties	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
	1	100% Sans	soins à honoraires limités de facturation	Sans prise en charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsabilité
	2	Mixte	soins à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	soins à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient
Parties CSD	4	CSD	soins à honoraires limités de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

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

Identification du patient
Nom et prénom : HACHIMI MOHAMMED Date de naissance : 15-10-1952
N° de Sécurité sociale du patient : 152109938101531

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	13	LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux i	emax	H.L.	700,00	0,00	0,00	0,00	700,00
2	13	LAPB002	Dégagement et activation d'1	emax	N.P.C.	150,00	0,00	0,00	0,00	150,00
3	13	LBLD019	Pose de moyen de liaison sur 1	emax	H.L.	200,00	160,93	112,65	0,00	87,35
Total:						1 050,00	160,93	112,65	0,00	937,35

Information alternative thérapeutique - en cas de refus à charge du patient, une information sur les alternatives thérapeutiques (OIP) - Sans en élargir le champ, il convient d'expliquer pourquoi et de donner par la suite, sur demande du patient, des renseignements de plus en plus détaillés.

Acte sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation COMMUNIQUE ou code IN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (nd)	Montants forfaitaires de facturation	Montants pour le versement du matériel médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursement Assurance Maladie obligatoire (nd)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résultat par acte particulier
1	45	HBLD090	Inlay-core	emax	130,00	130,00	130,00	91,00	0	39,00
Total:					130,00	130,00	130,00	91,00	0,00	39,00

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de choisir de son plein gré et sans contrainte.

Date et signature du patient ou de son représentant légal (légal)

Signature du Chirurgien-Dentiste



Bon pour accord.

**CLAR DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE**

29, Bd Mireux Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 06 81 79 85 62
477 892 688 R.C.S. Marseille