

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

Je soussigné(e) VAN NGHIA CHU

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



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 primes en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à autre 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

Identification du patient

Nom et prénom : CHU VAN NGHIA Date de naissance : 20-09-1981
N° de Sécurité sociale du patient : 18-1099924302409

A renvoyer par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel
reste à charge selon son contrat :

Date du devis : 22 Juillet 2020
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) :
Ce devis contient 3 pages indissociables
Description du traitement proposé :

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 :

- ☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☒ sans sous-traitance du fabricant ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée : ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☐ en France ☐ au sein de l'Union Européenne

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 :

- * HIN = Hors Nomenclature,
soit non décrit dans la nomenclature en vigueur
--- Les montants remboursés et non remboursés du régime
obligatoire sont indiqués, la prise en charge définitive est déterminée
à la date de réalisation de l'acte.

Montants en euros :		1	2	3
		Alliégé Non Prescripteur CoCo - NF en ISO 22674	Régime Dent NF en ISO 22112	Dentique Honorifique NF en ISO 4672
Particularités	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
	1	100% Sans	soins à honoraires libres de facturation	soins restés à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance
	2	Mixte	soins à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Prise en charge	4	CSS	soins à honoraires limités de facturation	pour les soins dentaires de la Compagnie Santé Sécurité (CSS)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

Identification du patient

Nom et prénom : CHU VAN NGHIA Date de naissance : 20-09-1981
N° de Sécurité sociale du patient : 181099924302409

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAAP 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	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	63,00	0,00	112,00
2	26	HBLD038	Couronne Mt.	emax	R.0	290,00	107,50	75,25	0,00	214,75
Total:						465,00	197,50	138,25	0,00	326,75

La et opéramé
Pha

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de charge, éventuel, avec information sur des alternatives thérapeutiques possibles. Sans lui être donné, à cause d'une absence d'adhésion à la démarche pour le patient. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle prescription de soins de traitement complet, dans un délai donné.

Acte sans frais à charge									
N° de traitement	N° dent ou localisation	Codification C.I.M.10 ou acte	Nature de l'acte	Matériau utilisé (*)	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
1	26	HBLD038	Couronne Mt.	emax	250,00	250,00	107,00	74,90	0
Total:						250,00	107,00	74,90	0,00
									175,10

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

Signature du Chirurgien-dentiste

La et approuvé
[Signature]

CLAUDE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAURE
73, Bd Mireux Laure
13010 MARSEILLE
Tel. 04 81 78 15 82
477 882 585 R.C.S. Marseille