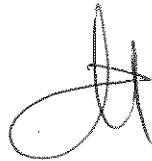


Docteur Robert Eskenazi
Chirurgien-dentiste
78 Bd. Mirreille Lauze
13010 Marseille
0491798582

Je soussigné(e) SONIA HALIMA SALEM

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 27/07/20.



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**

Identification du patient

Nom et prénom : **HALIMA SALEM SONIBENE** de naissance : **10-05-1980**
 N° de Sécurité sociale du patient : **280058302301895**

A remplir par l'assuré ou celui-ci sollicite 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) :

Date du devis : **25 Juin 2020**

Valable jusqu'au 1er jour de modification réglementaire :

Ce devis contient 3 pages indissociables.

Description du traitement proposé :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

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

* MN = hors Nomenclature.

acte non décrit dans la nomenclature en vigueur

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

Matériau et norme :		1	2	3
		Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22874	Résine Dent NF en ISO 22112	Céramique Monolithique NF en ISO 6872
Code	Libellé	Conditions tarifaires		
		Prix en charge complémentaire		
Partiers	1	100% Soins	soins à honoraires limités de Sécurité	soins rassis à charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsabilité
	2	Modéré	soins à honoraires limités de Sécurité	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Primer CSS	4	CSS	soins à honoraires limités de Sécurité	pour les secures Nomenclatures de la Complémentaire Santé Solidaire (CSSS)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

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

Identification du patient

Nom et prénom : **HALIMA SALEM SONIA** Date de naissance : **10-05-1980**
N° de Sécurité sociale du patient : **280058302301895**

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 (*)	Parier (*)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	14	HBMA006	Ostéoplastie d'une alvéole d	emax	H.L.	250,00	0,00	0,00	0,00	250,00
2	13-14-15	HBLD227	Plural Cm-Cm-Cm- sans incisive	emax	R.M	1 600,00	279,50	195,65	0,00	1 404,35
Total:						1 850,00	279,50	195,65	0,00	1 654,35

Information alternative thérapeutique = un acte de soins et de chirurgie dentaire, sans intervention sur des appareils thérapeutiques (VOT), hormis sur le dentaire, le dentaire dentaire dentaire et le dentaire dentaire dentaire.

Actes sans restes à charge

N° de traitement	N° client ou localisation	Création CPM, M2AP ou autre	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Plumageux (**) de fabrication	Prothèses dentaires (**) de pose et de pose de prothèse dentaire	Base de la prothèse dentaire (**) de pose et de pose de prothèse dentaire	Matériaux dentaires (**) de pose et de pose de prothèse dentaire	Matériaux dentaires (**) de pose et de pose de prothèse dentaire	Matériaux dentaires (**) de pose et de pose de prothèse dentaire	Matériaux dentaires (**) de pose et de pose de prothèse dentaire
1	14	HB1452	Pose d'une prothèse amovible	emax	715,00	715,00	215,00	150,50	0	564,50	
Total:						715,00	215,00	150,50	0,00	564,50	

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité de signer des documents thérapeutiques (VOT) hormis sur le dentaire, le dentaire dentaire dentaire et le dentaire dentaire dentaire.

Signature du Chirurgien-dentiste

San pour accord

[Signature]

**LABEL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIRBELE LAUZE**

39, Bd Mirbele Lauze
13010 MARSEILLE
TEL. 06 81 79 45 82
477 882 883 R.C.S. Marseille