

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

Je soussigné(e) MARIE JEANNE RIGA

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 accord



Conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 Août 2015).

Ce décret met la propriété en défaut ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce dévise est informatif. Les mandants des honoraires et primes en change sont définies selon les droits effectifs à la date de l'admission de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce dévise.

Nom Prénom : **ESKENAZI Robert**

Identifiant du problème RPPS :

N° de l'établissement (FINES):

Raison sociale et adresse : SELARL de Chirurgiens dentistes 78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille

Date de dépôt : 22 Juin 2020

Valable jusqu'au 15/05/2015 et non cumulable avec les autres offres promotionnelles.

Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du Examenen rapport :

Liebig's Fabrication des d'acide :

SAATS SOUS-TRAILLÉES DU THOÏCIN

En France
Samedi 17 Mars
Cher Frédéric

au sein de l'Union Européenne
et l'adhésion du Royaume sous traitée :
du sein de l'Union Européenne

Notes 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 = HN Normative.

உகை நகர டிஸ்ட்ரிக்ட் இன் மொகாஜாஹ்லாஹ் டா நகரம்

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

Identification du patient

Nom et prénom : RIGA

MARIE DEANNE: 10-04-39 10

N° de Sécurité sociale du patient : 23904135504779

A l'attention des Passagers de l'airbus A320XLR, nous vous remercions d'avoir choisi notre compagnie pour votre voyage. Nous vous invitons à découvrir les services et les équipements de notre Airbus A320XLR, afin de vous offrir le meilleur confort possible.

Nota de l'organisme coordinateur de :

N° de contrat ou d'adhésion :

Reference dossier (à remplir par l'organisme compétent)

Matériau et norme :	1	2	3
	Alliage Non Précieux CuO - NF en ISO 22874	Acier Ductile NF en ISO 22112	Céramique Monolithique NF en ISO 4082

		Conditions particulières	Frise en change complémentaire
Françaises	Coopératives	Libérées	
	1	100% Santé	soumis à honoraires limités de facturation
	2	Modèle	soumis à honoraires limités de facturation
Françaises	3	Libre	selon le contrat ou patient
	4	CSS	soumis à honoraires limités de facturation

Identifiant du praticien **ESKENAZI ROBERT**
N° de reconnaissance (FINESSE) :

Nom et prénom: RIGA MARIE JEANNE
Date de naissance: 10-04-39
N° de Sécurité sociale du patient: 23904135504779

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	21	HBLD680	Couronne E-max 1-2-3-4	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	0,00	416,00
Total:						500,00	120,00	84,00	0,00	416,00

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	21	HBLD680	Couronne E-max 1-2-3-4	emax	R.0	500,00	120,00	84,00	0,00	416,00
Total:						500,00	120,00	84,00	0,00	416,00

Information alternative thérapeutique - en cas de refus d'adhésion à l'acte médical, nous informons sur des alternatives thérapeutiques (100%). Sans en être sûr, il est recommandé d'être informé par le patient. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle prescription de plan de traitement corrigé dans un délai donné.

Acte sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Codification CCAM, NISAP ou acte ICD	Nature de l'acte	Matériau utilisé (**)	Procédure 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	Résultat pour votre patient
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Le patient ou son représentant (après accord) a été informé du contenu de son traitement (date et signature du patient ou du (ou des) représentant(s) (après l'accord)).

Signature du Chirurgien-dentiste

Non pour accord

Nr 2

CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAURE

78, Bd Mireux Laure
13010 MARSEILLE
Tel. 04 91 79 45 82
477 892 688 R.C.S. Marseille