

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

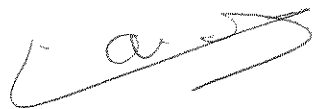
Je soussigné(e) CLAUDIE MOURET LAROCHE

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 accusé



# 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 (rueulée 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 taxes 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 : **MOURET LAROCHE CÉAURE** Naissance : **12-11-36**  
 N° de Sécurité sociale du patient : **235111305540925**

A remplir par l'assuré ou celui-ci. Veuillez 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 : **13 Mars 2020**

Valable jusqu'au : (sous réserve 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 ☐ 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 :

- \* HN = 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 définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

| Matériaux et normes : |       | 1                                           | 2                                      | 3                                                                         |
|-----------------------|-------|---------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|                       |       | Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674 |                                        |                                                                           |
|                       |       | Résine Dent NF en ISO 22112                 |                                        |                                                                           |
|                       |       | Céramique Monocouche NF en ISO 9872         |                                        |                                                                           |
| Frais                 | Codes | Libellés                                    | Conditions tarifaires                  | Prix en charge complémentaire                                             |
|                       |       |                                             |                                        |                                                                           |
| Frais                 | 1     | 100% Sans                                   | soins à honoraires limités de Sécurité | sans restes à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance    |
|                       | 2     | Modéré                                      | soins à honoraires limités de Sécurité | selon le contrat du patient                                               |
|                       | 3     | Libre                                       | honoraires libres                      | selon le contrat du patient                                               |
| Patient CSS           | 4     | CSS                                         | soins à honoraires limités de Sécurité | pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) |

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien ESKENAZI ROBERT  
N° de rattachement (INESS):

Identification du patient

Nom et prénom: MOURET LAROCHE CLEAUME naissance : 12-11-36  
N° de Sécurité sociale du patient : 235111305540925

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

| N° de traitement | N° dent ou localisation           | Cotation CCAM, MGAP ou acte HK (*) | 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                | 47 46 45 44 33 34 35 36 37HBLD435 |                                    | Prothèse amovible définitive | emax                   | R.M        | 1 300,00                         | 258,00                                              | 180,60                    | 0,00                  | 1 119,40                  |
| Total:           |                                   |                                    |                              |                        |            | 1 300,00                         | 258,00                                              | 180,60                    | 0,00                  | 1 119,40                  |

**Information alternative thérapeutique** - Un soin de soins à charge financière, sans information sur des alternatives thérapeutiques (HFR) - Sans sur à débourser, il est possible d'être remboursé à N. admette pour le  
 production. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle prescription de soins de traitement complet, dans un délai déterminé.

| Acte sans reste à charge |                               |                                     |                  |                                           |                                             |                                                                |                                                       |                                                                   |                                                                 |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| N° de<br>traitement      | N° dent<br>ou<br>localisation | Codage<br>CICAM/NCAP ou code<br>FIN | Nature de l'acte | Médicament<br>utilisé<br>( <sup>1</sup> ) | Préparation<br>locale<br>de l'actuelisation | Procédure<br>dont prix de<br>vente du<br>dépense<br>médicament | Base de<br>remboursement<br>Médicament<br>obligatoire | Rembourse<br>Assurance<br>Maladie<br>obligatoire ( <sup>2</sup> ) | Montant<br>non remboursé<br>Assurance<br>Maladie<br>obligatoire |
|                          |                               |                                     |                  |                                           |                                             | 0,00                                                           | 0,00                                                  | 0,00                                                              | 0,00                                                            |
| Total:                   |                               |                                     |                  |                                           |                                             | 0,00                                                           | 0,00                                                  | 0,00                                                              | 0,00                                                            |

Le patient ou son représentant (legal) reconnaît avoir eu la possibilité de soins alternatifs  
 (date et signature du patient ou du son représentant legal) (legal) (legal)

Signature du Chirurgien-dentiste

Ben van accas

*(Signature)*

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

78, Bd Mireux Lauze  
 13010 MORSILLE  
 Tél. 04.81.78.85.82  
 477 882 885 R.C.S. Marseille