

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



Bon pour 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'établissement (FINESS) : **134020551**
 Raison sociale et adresse : **SELARL de Chirurgiens dentistes**
78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille

Date du devis : **27 Août 2020**

Valable jusqu'au (sous 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 si celui-ci souhaite 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) :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

☒ sans sous-traitance du fabricant

☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée :

☐ en France

☐ au sein de l'Union Européenne

☐ hors Union Européenne (Pays) :

☐ hors 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 = Hors Nomenclature.

acte non décrit dans la nomenclature en vigueur

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

Mutualités et assurances		1	2	3	4
		Alliège Non Préseux CoOr - NF en ISO 22574	Reine Dent NF en ISO 22113	Caristique Monotrique NF en ISO 8672	
Coûts		Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire	
Partiers	1	100% Sans	exclus à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsabilité	
	2	Moderé	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient	
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient	
Partier CSS		4	CSS	exclus à honoraires limites de facturation	pour les assurés affiliés au Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Information alternative thérapeutique - en cas de refus d'urgence d'urgence, une information sur des alternatives thérapeutiques (100%), sans en être informé, il est tenu d'être informé par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet dans un délai strict.

Actes sans restes à charge											
N° de traitement	N° dent ou Lésion	Couleur ou Code PIN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (°°°)	Matériaux finis de fabrication	Matériaux dont pour de dépôt du résidu	Élément de remplacement ou de réparation	Matériau obligatoire	Matériau facultatif	Matériau obligatoire	Matériau facultatif
1	24	HBLD000	Couronne Cm. uniquement sur 1-	emax	430,00	410,00	107,00	74,90	0	335,10	
2	23	HBLD000	Couronne Cm. uniquement sur 1-	emax	430,00	410,00	107,00	74,90	0	335,10	
Total:					860,00	214,00	149,80	0,00	670,20		

Le patient ou son représentant legal personnel avoir eu la possibilité de choisir de son traitement
Date et signature du patient ou du représentant legal (personnel)

Signature du Chirurgien-Dentiste

Ben Paul accord

**LABEL DE CHIRUFGIENS DENTISTE
DU BOULEVARD MIREHLE LAUZE**

79, Bd Mirehle Lauze
13010 MARSEILLE
Tel. 06 81 79 45 62
477 882 688 R.C.S. Marseille