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

Je soussigné(e) ALBERT BRUTINEL

donne mon consentement éclairé au plan de traitement proposé par mon dentistequi a réalisé le bilan clinique et étudié les examens complémentaireset qui m'a informé des autres solutions possibles pour ma réhabilitation buccale.
Je certifie avoir reçu les informations, indications et contre indications nécessaireset avoir obtenu les réponses satisfaisantes à mes questions concernant ces actes.

Fait en double exemplaires à Marseille le

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 : BRUTINEL ALBERT Date de naissance : 21-01-35
N° de Sécurité sociale du patient : 135019117102152

Date du devis : 17 Juin 2020
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : :
Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

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'adhérent :
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 : ☐ en France ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ 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.

** Matériaux et normes :	1	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674	2	Résine Dent NF en ISO 22112	3	Céramique Monolithique NF en ISO 6872

	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
**** Paniers	1	100% Santé	soumis à honoraires limités de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
	2	Modéré	soumis à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Panier CSS	4	CSS	soumis à honoraires limités de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien ESKENAZI ROBERT
N° de l'établissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : BRUTINEL ALBERT Date de naissance : 21-01-35
N° de Sécurité sociale du patient : 135019117102152

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 (**)	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	43	HBLD403	Couronne Cm	emax	H.L.	650,00	107,50	75,25	0,00	574,75
2	43	HBLD245	Inlay core pour H.L.	emax	H.L.	300,00	90,00	63,00	0,00	237,00
3	43	HBLD486	Provisoir pour H.L.	emax	H.L.	60,00	10,00	7,00	0,00	53,00
				Total:		1 010,00	207,50	145,25	0,00	864,75

Information alternative thérapeutique - *en cas de reste à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à moindre dépense a été donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un devis distinct*

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien
					Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Signature du Chirurgien-dentiste

SELARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREILLE LAUZE
79, Bd Mireille Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 79 85 82
477 892 609 R.C.S. Marseille