

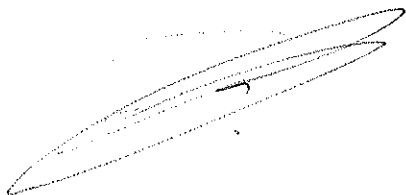
Docteur Robert Eskenazi
Chirurgien-dentiste
78 Bd. Mirreille Lauze
13010 Marseille
0491798582

Je soussigné(e) ALBERT BRUTINEL

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'ALBERT BRUTINEL', written over a horizontal line.

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien : **ESKENAZI ROBERT**
N° de l'attestation (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

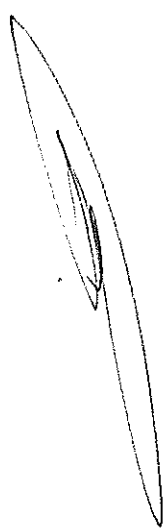
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HH (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Panier (*)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	43	HBLD403	Couronne 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 refus de charge éventuelle, une information sur des alternatives thérapeutiques (MOT) s'offre au patient à l'issue de l'examen clinique et si nécessaire par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement adapté, dans une autre séance.

Actes sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM N°349 ou N°350	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Informations liées à l'actuation	Proportions 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 par votre praticien
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Le patient ou son représentant (après accord) a été informé de son droit de refus de charge éventuelle et a signé le présent document.

Signature du Chirurgien-dentiste



CLAUDE CHIRURGIE DENTISTE
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE
73, Bd Mireux Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 06 84 79 85 82
477 892 699 R.C.S. Marseille