

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

Je soussigné(e) LUCAS JABOC

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

du et approuvé

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a final horizontal stroke.

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 EPS :
 N° de l'établissement (FINESS) :
 Raison sociale et adresse : **SELARL de Chirurgiens dentistes 78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille**

Date du devis : **10 Juin 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 : **JABOC LUCAS** Date de naissance : **08-01-1996**
 N° de Sécurité sociale du patient : **196011315582509**

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) :
☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☐ 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 :

* H.N. = 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	2	3	4	5
Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674		Résine Dent NF en ISO 24112		Céramique Monobloc NF en ISO 6872		
Codes	Libellés	Conditions tarifaires		Base en charge complémentaire		
1	100% Sans	soumise à honoraires limites de facturation		sans reste à charge, si la prise en charge d'un contrat d'assurance		
2	Modéré	soumise à honoraires limites de facturation		selon le contrat du patient		
3	Libre	honoraires libres		selon le contrat du patient		
4	CSS	soumise à honoraires limites de facturation		pour les assurés non affiliés à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)		

Identification du chirurgien-dentiste traitant
Identifiant du praticien : ESKENAZI ROBERT
N° de reconnaissance (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : JABOC LUCAS Date de naissance : 08-01-1996
N° de Sécurité sociale du patient : 196011315582509

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes.

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NCAP ou acte HM (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Parier (*)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO	Montant non remboursé AMO
1	26	HBLD403	Couronne Cm	emax	H.L.	650,00	107,50	75,25	0,00	574,75
2	26	HBLD245	Inlay core pour H.L.	emax	H.L.	300,00	90,00	63,00	0,00	237,00
Total:						950,00	197,50	138,25	0,00	811,75

Information alternative thérapeutique - en cas de refus d'usage alternatif, une information sur les alternatives thérapeutiques (OTM, Natu) ou à défaut à l'assurance maladie et au dossier par le praticien. Sur demande du patient, être pour donner lieu à une nouvelle prescription de soins de traitement complet, dans un délai d'un an.

Acte sans reste à charge

N° de prescription	N° d'acte ou localisation	Catégorie (C.A.M. ou N.A.M.)	Nature de l'acte	Montants relatifs (*)	Honoraires bruts de l'acte	Montants dont pour le versement des dépenses médicales	Base de calcul des assurances Maladie relatives	Montants remboursés Assurance Maladie obligatoire	Montants remboursés Assurance Maladie obligatoire	Résultat pour votre patient
						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:										

Le patient ou son représentant (sans responsabilité des soins de santé) a été informé et a signé le présent acte de consentement (légal) (légal) (légal)

du et approuvé

Signature du Chirurgien-dentiste

**CLAUDE DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAURE**

30, Bd Mireux Laune
13010 MARSEILLE
Tel. 04 91 78 05 82
477 892 685 R.C.S. Marseille