

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 2016)

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**

Date du devis : **22 Juin 2020**

Valable jusqu'au (sous-réserve de modification réglementaire) :

Ce devis contient 3 pages indispensables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **CRISTOL CYRIL** Date de naissance : **17-09-76**

N° de Sécurité sociale du patient : **176091305556611**

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 :

☒ 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.

Matériaux et normes :		1	2	3
		Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674	Resine Dent NF en ISO 22112	Céramique Monolithique NF en ISO 4072

Code	Libellé	Caractéristiques	Prise en charge complémentaire
1	100% Santé	soumis à honoraires limités de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
2	Machiné	soumis à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient
3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
4	CSS	soumis à honoraires limités de facturation	pour les assurés affiliés au Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

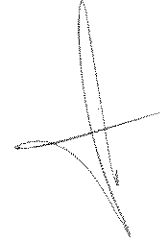
Identification du chirurgien-dentiste traitant
Identifiant du praticien : **ESKENAZI ROBERT**
N° de rétablissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : **CRISTOL CYRIL** Date de naissance : **17-09-76**
N° de Sécurité sociale du patient : **176091305556611**

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	17	HBMD460	Restauration d'une dent sur	emax	H.L.	380,00	100,00	70,00	0,00	310,00
Total:									0,00	310,00



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

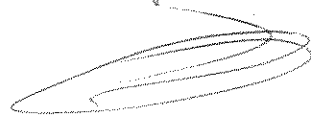
Je soussigné(e) CYRIL CRISTOL

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 -



Information alternative thérapeutique = en cas de refus d'urgence, éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Sans ou à défaut, si aucune directe médicale n'a abouti par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai d'un mois.

Acte sans reste à charge										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cobation CCA/MGAP ou acte FN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Montants limite de facturation	Montants dont prix de vente du dispositif 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

Signature du Chirurgien-dentiste

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

CHARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE
23, Bd Mireux Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 79 85 82
477 892 585 R.C.S. Marseille