

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

Je soussigné(e) RICHARD DI MARINO

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 soir Robert
Di Marino

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 (quadrée 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. De 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 : **25 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 : **DI MARINO RICHARD** de naissance : **21-06-55**
N° de Sécurité sociale du patient : **155061305530886**

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 :

- 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	Ceramique Monolithique NF en ISO 6872
Codes		Libellés	Conditions tarifaires		Prise en charge complémentaire		
1		100% Sans	soumis à honoraires limites de facturation		sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d'assurance		
2		Mixité	soumis à honoraires limites de facturation		selon le contrat du patient		
3		Libre	honoraires libres		selon le contrat du patient		
4		CSS	soumis à honoraires limites de facturation		pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)		

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

Identification du patient

Nom et prénom : DI MARINO RICHARD
N° de Sécurité sociale du patient : 155061305530886
Date naissance : 21-06-55

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	HBLD090	Inlay core pour Rac 0	emax	R.0	175,00	90,00	63,00	0,00	112,00
2	17	HBLD038	Couronne Mt.	emax	R.0	290,00	107,50	75,25	0,00	214,75
Total:						465,00	197,50	138,25	0,00	326,75

Information alternative thérapeutique - en cas de refus d'usage personnel, une information sur des alternatives thérapeutiques (100%). Sans en à défaut, à assurer d'être modérée et si possible par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans un délai raisonnable.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou pour localisation	Cotation CCAM/NGAP ou acte MN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (*)	Honoraires forfaitaire de facturation	Honoraires forfaitaire 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
1	17	HBLD038	Couronne Mt.	emax	250,00	250,00	107,00	74,90	0	175,10
Total:										175,10

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

Bon pour opérer
Dr. / pour -

Signature du Chirurgien-dentiste

**CHARL DE CHIRURGIENS DENTISTES
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE**

23, Bd Mireux Lauze
13010 MARSOLLE
Tél. 04 91 79 85 82
477 892 685 R.C.S. Marseille