

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 : **10001379451**
 N° de l'établissement (FINESS) : **134020551**
 Raison sociale et adresse : **SELARL de Chirurgiens dentistes**
78 Bd Mireille Lauze 13010 Marseille

Date du devis : **20 Juillet 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 : **HABIB DEBORAH** Date de naissance : **01-07-1982**
 N° de Sécurité sociale du patient : **282077511801418**

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel rattachement à charge selon son contrat :

Nom de l'organisme complémentaire :
 N° de contrat ou d'adhésion :
 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 NormentiaLure, 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 destinée à la date de réalisation de l'acte.

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

Codes	Unités	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
1	100% Sans	soumis à honoraires limites de facturation	soins restés à charge, si le patient bénéficie d'un contrat de responsabilité
2	Moderé	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 assurances mutualistes de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

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

Identification du patient
Nom et prénom: HABIB DEBORAH Date de naissance: 01-07-1982
N° de Sécurité sociale du patient : 282077511801418

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	24-25-26	HBLD227	Plural Cm-Cm-Cm- sans incisive	emax	R.M	1 600,00	279,50	195,65	600,00	804,35
2	24-25-26	HBLD486	Provisoir pour H.L.	emax	H.L.	0,00	10,00	7,00	0,00	-7,00
Total:								202,65	600,00	797,35

specimens. For demand in problem, the great danger here is that people be progressing through the stages of treatment, especially at the very beginning.

Total:[illegible]

**CHARL DE CHIRUGIENS DENTISTE
DU BOULEVARD MIREUX LAUZE**

73, Bd Mirabeau/Laure
13010 MARSEILLE
TEL. 04 91 79 45 62
227 862 644 B C S MAR

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

Je soussigné(e) DEBORAH HABIB

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

pour accord

