

3462

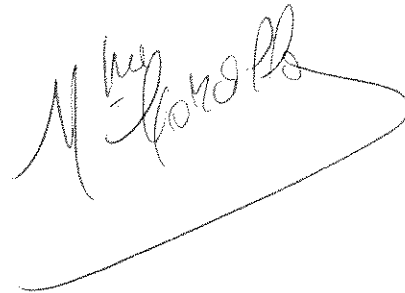
Docteur Robert Eskenazi
Chirurgien-dentiste
78 Bd. Mirreille Lauze
13010 Marseille
0491798582

Je soussigné(e) NICOLE CORALLO

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 'Nicole Corallo', with a long horizontal flourish extending to the right.

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

Date du devis : **24 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 : **CORALLO NICOLE** Date de naissance : **1938-09-08**
 N° de Sécurité sociale du patient : **238098830400567**

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'adhésion :
 Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Lieu de fabrication du dispositif médical :

☒ sans sous-traitance du fabricant

☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne
☐ 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).

Légenda 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.

** Matériau et normes :		1	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22814	2	Résine Dent NF en ISO 22112	3	Céramique Monocouche 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 dit responsable		
2		Modèle	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 (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : CORALLO NICOLE Date de naissance : 1938-09-08
N° de Sécurité sociale du patient : 238098830400567

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	47-46-45-42-41-31-35-36-37HBLD435	Prothèse amovible définitive	emax	R.M	1 300,00	258,00	180,60	0,00	1 119,40	
Total:					1 300,00	258,00	180,60	0,00	1 119,40	

Information alternative thérapeutique - en cas de refus de soins et/ou de refus de remboursement sur des alternatives thérapeutiques 100%. Soins ou à défaut, à raison directe modérée et si demandeur par le patient. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle prescription de soins de traitement complet, dans un délai déterminé.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation C.C.A.M. N.S.A.P. ou code PIN	Nature de l'acte	Matériau utilisé (*)	Honoraires forfaitaire de facturation	Honoraires dont pour le versement du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursement Assurance Maladie obligatoire (**)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résidu pour votre premier paiement
Total:						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

Signature du Chirurgien-dentiste

Accord
Bon pour
V. Le...
M. Le...

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

73, Bd Mireux Lauze
13010 MARSEILLE
Tel. 04 91 78 15 62
477 892 685 R.C.S. Marseille