

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

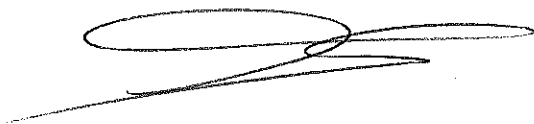
Je soussigné(e) ELISABETH ZUCCOLOTTO

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 29/07/2020

Bon pour accord.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'E' followed by a horizontal line and a small flourish.

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 : **23 Juin 2020**

Valable jusqu'au (sous réserve de modifications réglementaire) :

Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : **ZUCCOLOTTO ELISABETH** de naissance : **13-06-52**

N° de Sécurité sociale du patient : **252060401903830**

A remplir par l'assuré et 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

☐ 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 :

* FN = 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	Atypage Non Précédent CoCr - NF en ISO 22814	2	Résine Dent NF en ISO 23112	3	Céramique Monolithique NF en ISO 18672
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		Modéré	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

Identification du praticien ESKENAZI ROBERT
N° de rétablissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : ZUCCOLOTTO ELISABETH de naissance : 13-06-52
N° de Sécurité sociale du patient : 252060401903830

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 AHO	Montant non remboursé AMO
1	47-37	HBLD031	Prothèse amovible définitive	emax	R.0	1 100,00	182,75	127,93	0,00	972,08
				Total:		1 100,00	182,75	127,93	0,00	972,08

Information alternative thérapeutique - en cas de refus d'acte médical, une information sur des alternatives thérapeutiques 100%. Sans ou à défaut, à l'initiative directe modifiée et à donner par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet, dans les dix jours.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM, N°AP ou acte MN	Nature de l'acte	Montants unitaire de facturation	Montants dont : prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Résultat par votre praticien
Total:					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
C'est la signature du patient ou du (ou des) représentant(s) légal (s)

Signature du Chirurgien-dentiste

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

33, Bd Miramis Lauze
13010 MARSEILLE
Tél. 04 91 79 15 82
477 892 686 R.C.S. MARSEILLE