

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 : DURAND SOPHIE
Identifiant du praticien RPPS : 10100301646
Identifiant du praticien ADEL : 134000272
N° de l'établissement (FINESS) :
Raison sociale et adresse : Cabinet Dentaire Capelette - 78 boulevard Mireille Lauze - 13010 MARSEILLE

Numéro du devis : 7303066
Date du devis : 18/03/2024
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 18/09/2024
Ce devis contient 2 pages indissociables
Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : JULIEN CHLOE
Date de naissance : 26/12/2006
N° de Sécurité sociale du patient : 273110502302019
Adresse du patient : 47 RUE D ALGER -
13005 MARSEILLE

Identification assuré
Nom et prénom : JULIEN CHLOE
Date de naissance : 26/12/2006
N° de Sécurité sociale: 273110502302019

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 : BCAC (SP Santé)
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

☒ 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 :

Codes		Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
**** Paniers	1	100% Santé	soumis à honoraires limités de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
	2	Modéré	soumis à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Panier CSS		4	CSS	soumis à honoraires limités de facturation pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

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

Signature du Chirurgien-dentiste



« Afin de pouvoir commencer la réalisation de vos travaux prothétiques, le versement d'un acompte vous sera demandé lors de la réalisation des empreintes »

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

Signature du Chirurgien-dentiste

