

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCODENTAIRES 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 : NALT-RAISS JAMILA
Identifiant du praticien RPPS : 10100232130
Identifiant du praticien ADEL : 134752492
N° de l'établissement (FINESS) :
Raison sociale et adresse : Cabinet Dentaire Capalette - 78 boulevard Mireille Lauze - 13010 MARSEILLE

Identification du patient

Nom et prénom : ATT BRAHIM HOCINE
Date de naissance : 01/01/1968
N° de Sécurité sociale du patient : 168019938152449
Adresse du patient : 5 RUE DU DOCTEUR GIRBAL -
13010 MARSEILLE

Numéro du devis : 7917983
Date du devis : 20/06/2024
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 20/12/2024
Ce devis contient 2 pages indissociables
Description du traitement proposé :

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 :

- ☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☒ 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) :

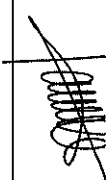
A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité).

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		2	3
			Céramique Monolithique NF en ISO 6872		Résine Dent NF en ISO 22112	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674
**** Paniers	Codes	Libellés	Conditions tarifaires		Prise en charge complémentaire	
	1	100% Santé	sourns à honoraires limités de facturation		sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d't responsable	
	2	Moderé	sourns à honoraires limités de facturation		selon le contrat du patient	
	3	Libre	honoraires libres		selon le contrat du patient	
Panier CSS	4	CSS	sourns à honoraires limités de facturation		pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	

Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'AMU' with a stylized flourish.

« 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

