

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 : LACROIX EDOUARD
Identifiant du praticien RPPS : 10102088357
Identifiant du praticien ADEL : 134019355
N° de l'établissement (FINESS) :
Raison sociale et adresse : Cabinet Dentaire Capelette - 78 boulevard Mireille Lauze - 13010 MARSEILLE

Numéro du devis : 8302342
Date du devis : 04/09/2024
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 04/03/2025
Ce devis contient 2 pages indissociables
Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : GUASP FRANCOIS Date de naissance : 29/01/1991
N° de Sécurité sociale du patient : 191011315571870
Adresse du patient : 25 AVENUE WILLIAM BOOTS -
13011 MARSEILLE

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'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

☐ 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 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	Céramo-Métallique Non Précieux NF en ISO 9693 2000	2	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22874
		3	Résine Dent NF en ISO 22112
		4	Céramique Monolithique NF en ISO 6872

**** Paniers	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
	1	100% Santé	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
**** Panier CSS	4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Actes en reste à charge modéré										
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Colation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO(***)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
6	46	HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	2	350,00 €	350,00	100,00	60,00	0,00	Oui
					TOTAL €	350,00	100,00	60,00	0,00	

« 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



Actes sans reste à charge											
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement TP AMO	Montant du remboursement TP AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
3	35, 36, 37	HBLD033	Pose d'une prothèse plurale [bridge] comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	2, 2, 2		870,00	279,50	167,70	0,00	702,30	Oui
					TOTAL €	1 740,00	559,00	335,40	0,00	1 404,60	

Actes en reste à charge modéré											
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement TP AMO	Montant du remboursement TP AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
6	46	HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux	2		350,00	100,00	60,00	0,00	290,00	Oui
					TOTAL €	350,00	100,00	60,00	0,00	290,00	

« 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

