

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 : 8484093
Date du devis : 27/09/2024
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 27/03/2025
Ce devis contient 2 pages indissociables
Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : SODIKI KARIBANGOE FARHANE
N° de Sécurité sociale du patient : 192129939725896
Adresse du patient : 23 RUE CAVAIGNAC -
13003 MARSEILLE
Date de naissance : 12/12/1992

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) :

☐ 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 définies par la nomenclature obligatoire est définie à la date de réalisation de l'acte.

Signature : SODIKI KARIBANGOE FARHANE
Le : 18/10/2024 13:16:24
Raison : Devis accepté

** Matériaux et normes :		1 Résine Base NF en ISO 1567		2 Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22874	3 Résine Dent NF en ISO 22112

***		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 dli responsable
		2	Moderé	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)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS : 10102088357
Identifiant du praticien ADELI : 134019355
N° de l'établissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : SOIDIKI KARIBANGOE FARHANE
N° de Sécurité sociale du patient : 192129939725896

Date de naissance : 12/12/1992

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	11, 21, 26	HBLD131	Prothèse amovible définitive métal 1 à 3 dents	1, 2, 3, 3, 3	2		1100,00	193,50	116,10	983,90
TOTAL € (des actes envisagés)						1 100,00		193,50	116,10	983,90

Information Alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur les alternatives thérapeutiques 100% santé ou à défaut à entente directe modérée est donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet dans un devis distinct.

Actes sans reste à charge

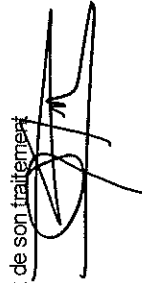
N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO(****)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	

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	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO(****)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	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



DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

VOLET « RESTE A CHARGE »

Conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 Août 2018)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS : 10102088357
Identifiant du praticien ADELJ : 134019355
N° de l'établissement (FINES) :

Identification du patient

Nom et prénom : SODIKI KARIABANGOE FAR-HANE
N° de Sécurité sociale du patient : 192129939725896

Date de naissance : 12/12/1992

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 (****)	Montant des honoraires	Base de remboursement AMO ou NR	Montant du remboursement AMO	Montant du remboursement AMC	Reste à charge
1	11, 21, 26	HBLD131	Prothèse amovible définitive métal 1 à 3 dents	1, 2, 3, 3, 3	2	1 100,00	193,50	116,10	0,00	1 100,00
TOTAL € (des actes envisagés)				1 100,00		1 100,00	193,50	116,10	0,00	1 100,00

Information Alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur les alternatives thérapeutiques 100% santé ou à défaut à entente directe modérée est donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet dans un devis distinct.

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 AMO	Montant du remboursement AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

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 AMO	Montant du remboursement AMC	Reste à charge	Réalisé par votre praticien
TOTAL €						0,00	0,00	0,00	0,00	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



Déclaration de consentement éclairé

Je soussigné(e) SODIKI KARIBANGOE

Reconnais avoir été informé(e) par le Docteur LACROIX

Sur mon plan de traitement.

J'ai reçu des informations détaillées en des termes que j'ai compris sur la nature de l'intervention proposée ainsi que sur les risques et complications.

J'ai pu poser toutes les questions me préoccupant concernant la nature et l'importance de l'intervention, les risques particuliers et les complications possibles.

Je n'ai plus de question en suspens et estime avoir suffisamment été informé(e).

Après avoir bénéficié d'un délai de réflexion que je juge suffisant, je donne par la présente mon consentement à la réalisation du traitement proposé.

J'accepte également l'extension du programme opératoire non prévisible qui pourrait se révéler nécessaire pendant le traitement.

J'autorise la prise de photos pour le dossier médical et la saisie d'informations pour le dossier informatique.

A MARSEILLE, le 18/10/2024

Signature du patient (ou tuteur légal) « Lu et approuvé » ;



