

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 : 8801110
Date du devis : 13/11/2024
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 13/05/2025
Ce devis contient 2 pages indissociables
Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : FABRER NIEVES DIEGO Date de naissance : 15/01/2011
N° de Sécurité sociale du patient : 272079942201650
Adresse du patient : 11 AV MARECHAL FOCH -
13004 MARSEILLE
Identification assuré
Nom et prénom : NIEVES JACKELINE Date de naissance : 22/07/1972
N° de Sécurité sociale: 272079942201650

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 :

☒ sans sous-traitance du fabricant ☒ en France ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) :
☐ 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 :

Codes		Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
**** Paniers	1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit 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 : 10100301646
Identifiant du praticien ADEL : 134000272
N° de l'établissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : FABRER NIEVES DIEGO Date de naissance : 15/01/2011
N° de Sécurité sociale du patient : 272079942201650
Identification de l'assuré
Nom et prénom : NIEVES JACKELINE Date de naissance : 22/07/1972
N° de Sécurité sociale du patient: 272079942201650

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		TO15	Examen avec prise empreinte				70,00	32,25	19,35	50,65
2		TO5	Analyse céphalométrique				30,00	10,75	6,45	23,55
3		TO90	[Métal] Semestre 1 - Simple				690,00	193,50	193,50	496,50
4		TO75	Contention 1ère année				350,00	161,25	161,25	188,75
TOTAL € (des actes envisagés)							1 140,00	397,75	380,55	759,45

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	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	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

Signature du Chirurgien-dentiste

/ A

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

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'M' or 'W' shape with a horizontal line crossing it.

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 : 10100301646
Identifiant du praticien ADEL : 134000272
N° de l'établissement (FINISS) :

Identification du patient

Nom et prénom : FABRER NIEVES DIEGO Date de naissance : 15/01/2011
N° de Sécurité sociale du patient : 272079942201650
Identification de l'assuré
Nom et prénom : NIEVES JACKELINE Date de naissance : 22/07/1972
N° de Sécurité sociale du patient: 272079942201650

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 TP AMO	Montant du remboursement TP AMC	Reste à charge
1		TO15	Examen avec prise empreinte			70,00	32,25	19,35	0,00	50,65
2		TO5	Analyse céphalométrique			30,00	10,75	6,45	0,00	23,55
3		TO90	[Métal] Semestre 1 - Simple			690,00	193,50	193,50	0,00	496,50
4		TO75	Contention 1ère année			350,00	161,25	161,25	0,00	188,75
TOTAL € (des actes envisagés)						1 140,00	397,75	380,55	0,00	759,45

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

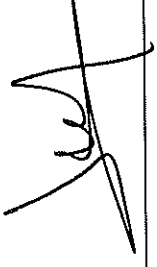
Actes en reste à charge modéré

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 TP AMO	Montant du remboursement TP 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) FABRER NIEVES

Reconnais avoir été informé(e) par le Docteur DURAND

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 13/11/2024

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