

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.

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

Nom et prénom : LACHKHAÏB NADA Date de naissance : 18/08/2003
N° de Sécurité sociale du patient : 203081320515317
Adresse du patient : 47 RUE MAZENOD -
13002 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 :

Numéro du devis : 8807124
Date du devis : 14/11/2024
Variable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 14/05/2025
Ce devis contient 2 pages indissociables
Description du traitement proposé :

Nom de l'organisme complémentaire :

N° de contrat ou d'adhérent :

Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

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

☐ en France

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).

Matériaux et normes

* 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.

	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
Partiers	1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat d't responsabilité
	2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Partier 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 : LACHHAB NADA
N° de Sécurité sociale du patient : 203081320515317
Date de naissance : 18/08/2003

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		HN	Examen avec prise empreinte	1015			70,00	0,00	0,00	70,00
2		HN	Analyse céphalométrique	1015			30,00	0,00	0,00	30,00
3		HN	Contention 1ère année	1075			400,00	0,00	0,00	400,00
4		HN	Semestre Gourtières Adulte	1080			1500,00	0,00	0,00	1500,00
5		HN	Semestre Gourtières Adulte	1080			1500,00	0,00	0,00	1500,00
TOTAL € (des actes envisagés)							3 500,00	0,00	0,00	3 500,00

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	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

Signature du Chirurgien-dentiste

1 A

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

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Jef' or similar, written within a rectangular box.

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 (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : LACHKHAÏB NADA
 N° de Sécurité sociale du patient : 203081320515317
 Date de naissance : 18/08/2003

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		HN	Examen avec prise empreinte	1015		70,00	0,00	0,00	0,00	70,00
2		HN	Analyse céphalométrique	105		30,00	0,00	0,00	0,00	30,00
3		HN	Contention 1ère année	1045		400,00	0,00	0,00	0,00	400,00
4		HN	Semestre Gouttières Adulte	1080		1500,00	0,00	0,00	0,00	1500,00
5		HN	Semestre Gouttières Adulte	1080		1500,00	0,00	0,00	0,00	1500,00
TOTAL € (des actes envisagés)						3 500,00	0,00	0,00	0,00	3 500,00

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 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 (legaux)

Signature du Chirurgien-dentiste



Déclaration de consentement éclairé

Je soussigné(e) LACHKHAB

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 14/11/2024

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