

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE (les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis)

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.

Identification du chirurgien-dentiste traitant : Docteur Laurence ARNAUD Identifiant du praticien : 10003636437 7 REDORTE Adresse de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) : Avenue de Minervois -BP 13 11700 LA N° de la structure : N° AM : 114004633		Date de l'établissement du devis: 06/09/2018 Durée de validité du devis : 6 mois
A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire : Adresse de l'assuré: 9 route de minerve 34210 AZILLANET Tel : Nom de l'organisme complémentaire : N° de contrat ou d'adhérent: Référence dossier (à renseigner par l'organisme complémentaire) :		Identification du patient Nom et prénom : GLASER Sarah Date de naissance : N° de sécurité sociale de l'assuré :

A remplir par le chirurgien-dentiste: Description du traitement proposé : Dispositions particulières : oui ☐ non ☐ Si oui, lesquelles ?
--

Lieu de fabrication du dispositif médical : Les prothèses seront fabriquées en France sans sous traitance du fabricant
 A l'issue du traitement, il vous sera remis une déclaration de conformité* du dispositif médical (* document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

Description précise et détaillée des actes							
N° dent ou localisation	Libellé de l'acte ou libellé orthodontique	Matériaux utilisés	Code CCAM	(A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure *	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires
36	Couronne	1	HBLD036	156,24	238,31	106,45	501,00
36	Couronne transitoire		HBLD037	21,00	42,00		63,00
TOTAL				177,24	280,31	106,45	564,00

Matériaux et normes : 1 : Céramo-métallique NF EN ISO 9693

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)	Total des honoraires : 564,00 € Signature du praticien
---	--

* Coût d'élaboration du dispositif médical

DR ARNAUD LAURENCE
CHIRURGIEN DENTISTE
 114 004 633
 TEL 04 68 91 55 36