

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 **Dr BERTHEAS Georges**
Identifiant du praticien RPPS :10001303824... N°Adeli.344014550..... ou
N° de l'établissement (FINESS) :
Raison sociale et adresse :
2 rue Emmanuel Cabrillac 34410 SERIGNAN

Date du devis : **09.07.2021**
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : **3 mois**
Ce devis contient 2 pages indissociables
Description du traitement proposé :
Dent n° 26 - C céramométallique molaire
Dent n° 26 - Inlay core sous 1couronne ou 1pilier de bridge dentoportés tarif lib

Identification du patient

Nom et prénom : **THOMAS THIBAUT**..... Date de naissance : **06.02.1958**
N° de Sécurité sociale du patient : **1580275040014.12**.....

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 : **APICIL**.....
N° de contrat ou d'adhérent : **10543976**
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Lieu de fabrication du dispositif médical : ☒ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne

☒ sans sous-traitance du fabricant ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors 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	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795.1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017
**** 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	
Panier Complémentaire santé solidaire	3	Libre	Honoraires libres		selon le contrat du patient	
	4	Complémentaire santé solidaire	soumis à honoraires limites de facturation		pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire	

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS 10001303824 N°Adeli 344014550 ou

Identification du patient

Nom et prénom : THOMAS THIBAUT Date de naissance : 06.02.1958
N° de Sécurité sociale du patient : 1580275040014.12

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 Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie Obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie Obligatoire
1	26	HBLD734	C céramométallique molaire		3		550.00	107.50	75.25	474.75
2	26	HBLD245	Inlay core sous 1couronne ou 1pilier de bridge dentoportés tarif lib		3		230.00	90.00	63.00	167.00
TOTAL € (des actes envisagés)										641.75

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 Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie Obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie Obligatoire	Réalisé par votre praticien
1	26	HBLD038	Couronne NICR		290.00	290.00	120.00	84.00	206.00	Oui
2	26	HBLD090	Inlay core ss 1couronne/1pil de bridg dentoportés ss rac		175.00	175.00	90.00	63.00	112.00	Oui

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 Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie Obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie Obligatoire	Réalisé par votre praticien

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 (s) :

Signature du Chirurgien-dentiste