

**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 J.O. 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.

<p><b>Identification du chirurgien-dentiste traitant</b> Nom Prénom : _____</p>	<p><b>Identification du Patient</b> Nom : SYNDOUZE Machin Date de naissance : 01/01/2000 Sécurité sociale du patient : 1 13 01 _____</p>
<b>DOCUMENT TERMINÉ</b>	
<p>Date du devis : 17/01/2020 Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 17/07/2020 Ce devis contient ... pages indissociables Description du traitement proposé :</p>	<p>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 :</p> <p>Nom de l'organisme complémentaire : .....</p> <p>N° de contrat ou d'adhérent : .....</p> <p>Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) : .....</p>

**Lieu de fabrication du dispositif médical :**     en France     au sein de l'Union Européenne     hors Union Européenne    Pays : \_\_\_\_\_

sans sous-traitance     avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée:     en France     au sein de l'Union Européenne     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.

** Matériaux et normes	1	Alliages 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 215	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

  

\*\*\* 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
**** Paniers	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
	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)

# REUV

## 20:00, 17/01/20

Identif  
Identifia  
N° de l'é

..... ou

### Identification du Patient

Nom Prénom : SYNDOUZE Machin

Date de naissance : 01/01/2000

Numéro de Sécurité sociale du patient : 1 13 01 \_\_\_\_\_

### Traitement

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	16	HBLD245	Inlay Core libre	2	3		260,00 €	90,00 €	63,00 €	197,00 €
1	16	HBLD734	Cou céra-mét mol	4	3		580,00 €	107,50 €	75,25 €	504,75 €
2	15	HBLD745	Inlay Core RAC modér	2	2	175,00 €	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €
2	15	HBLD491	Cou céra-mét pm2	4	2	550,00 €	550,00 €	120,00 €	84,00 €	466,00 €
<b>TOTAL € (des actes envisagés)</b>							<b>1 565,00 €</b>	<b>407,50 €</b>	<b>285,25 €</b>	<b>1 279,75 €</b>

**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	16	HBLD090	Inlay Core 100%Santé	2	175,00 €	230,00 €	90,00 €	63,00 €	167,00 €	Oui
1	16	HBLD038	couronne acier	2	290,00 €	305,00 €	120,00 €	84,00 €	221,00 €	Oui
2	15	HBLD090	Inlay Core 100%Santé	2	175,00 €	230,00 €	90,00 €	63,00 €	167,00 €	Oui
2	15	HBLD350	Cou zirc hors molair	6	440,00 €	480,00 €	120,00 €	84,00 €	396,00 €	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 (légaux)

Signature du Chirurgien-dentiste

### Notice explicative

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le chirurgien-dentiste vous précise la date du devis et la date de fin de validité de ce devis.

Votre chirurgien-dentiste vous informe des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes et peut vous proposer plusieurs devis le cas échéant.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire pour connaître votre reste à charge, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable). Par ailleurs, quand l'acte n'est pas décrit à la CCAM ou à la NGAP, le chirurgien-dentiste indique la mention « HN » (Hors nomenclature).

Lorsque le chirurgien-dentiste vous propose un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), il doit mentionner dans la partie « information alternative thérapeutique » du devis les actes sans reste à charge (panier 100% santé) ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé constituant une alternative thérapeutique chaque fois qu'elle existe et si elle est ou non réalisée par le praticien

Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- au sein de l'Union européenne (UE),
- hors de l'Union européenne.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le chirurgien-dentiste en précise le lieu.

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise par votre chirurgien-dentiste en fin de traitement.