Identification du chirurgien-dentiste traitant
Identifiant du praticien RPPS ou
N° de l'établissement (FINESS) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Identification du Patient
Nom Prénom : Date de naissance :
Numéro de Sécurité sociale du patient :

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	Materiaux 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	36	HBMD460	Inl/onlay Céram	3	3	Aucun	497,26 €	100,00 €	100,00 €	397,26 €
Matériaux: (3) Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016										
2	36	HBFA006	Gingivectomie1a3dent			Aucun	138,59 €	NR	0,00 €	138,59 €
Gingivectomie à biseau externe sur un secteur de 1 à 3 dents										
3	14	HBLD090	Inlay Core 100%Santé	2	1	175,00 €	175,00 €	90,00 €	90,00 €	85,00 €
Matériaux: (2) Alliage non précieux ISO 22674 2016										
3	14	HBLD490	Cour Prov 100%Santé	6	1	60,00 €	60,00 €	10,00 €	10,00 €	50,00 €
Matériaux: (6) Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017										
3	14	HBMD006	Reconsti pré endo			Aucun	147,03 €	NR	0,00 €	147,03 €
Reconstitution coronaire provisoire pour acte endodontique sur dent délabrée										
3	14	HBLD634	Cou céra-mét i/c/pm1		1	500,00 €	500,00 €	120,00 €	120,00 €	380,00 €
3	14	HBFA006	Gingivectomie1a3dent			Aucun	138,59 €	NR	0,00 €	138,59 €
Gingivectomie à biseau externe sur un secteur de 1 à 3 dents										
						TOTAL € (des actes envisagés)	**1 656,47 €**	**320,00 €**	**320,00 €**	**1 336,47 €**

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 en reste à charge modéré

N° de Traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Materiaux 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	36	HBMD351	Inl/Onlay Compo	2	350,00 €	350,00 €	100,00 €	100,00 €	250,00 €	Oui

Non

Le patient ou son représentant légal reconnait avoir eu la possibilité du choix de son traitement
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

21.05.2024

Signature du Chirurgien-dentiste