

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens dentaires (publiée au JO du 25 août 2018)

Devis
NUMERO DEVIS :
Page 1/3

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 Docteur Raluca-Sofia HALOIU Identifiant du praticien : N°RPPS : 10100372399 - N°ADELI : 10100372399 Raison sociale et adresse : CABINET DU DR HALOIU 33 avenue Mathieu Misery 69160 TASSIN-LA-DEMI-LUNE Date du devis : 01/03/2021 Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 31/08/2021 Ce devis contient 3 pages indissociables Description du traitement proposé :	Identification du patient Nom et prénom : GAMBARD Jean-Michel Date de naissance : 08/01/1990 N° de sécurité sociale du patient : 1 90 01 09 122 028 64
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 : N° de contrat ou d'adhérent : Référence dossier (à renseigner par l'organisme complémentaire) :	

Lieu de fabrication du dispositif médical : au sein de l'Union Européenne (France), avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée : au sein de l'Union Européenne
 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)

Légende explicative du devis :

* HN=Hors Nomenclature

*** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation des actes

** 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
Panier ***	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 CSS	3	Libre	honoraires libres		selon le contrat du patient	
	4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation		pour les assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS)	

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 d'acte de vente du dispositif médical sur mesure	Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie Obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie Obligatoire
1	16	HBAA338	Allongement coronaire par gingivectomie sur une dent				50,00	NR	0	50,00
2	16	HBMD460	Inlay/onlay céramo-céramique mésio-occluso-vestibulo-lingual	3	3	Aucun	480,00	100,00	70,00	410,00
TOTAL € (des actes envisagés)							530,00	100,00	70,00	460,00

Identification du chirurgien-dentiste traitant Docteur Raluca-Sofia HALOIU Identifiant du praticien : N°RPPS : 10100372399 - N°A° : J100372399	Identification du patient Nom et prénom : GAMRARD Jean-Michel Date de naissance : .. 1990 N° de sécurité sociale du patient : 1 90 01 09 122 028 64
---	---

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	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dit prix de vente du dispositif médical sur mesure	Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie Obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie Obligatoire	Réalisé par votre praticien
2	16	HBMD351	Inlay/onlay composite	5	350,00		100,00			non

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 :

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Docteur Raluca-Sofia HALOIU

Identifiant du praticien : N°RPPS : 10100372399 - N°ADELI : 10100372399

Identification du patient

Nom et prénom : GAMBARD Jean-Michel

Date de naissance : 09/01/1990

N° de sécurité sociale du patient : 1 90 01 09 122 028 64

Devis

Page 3/3

- 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.