

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)

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

Nom et prénom : CASTILLO MUNOZ ALFREDO
Identifiant du praticien RPPS : 1010634672 8 N° Adeli :
N° de l'établissement (FINESS) : 78471502 1
Tél / email : 01 30 57 08 71 -
Raison sociale et adresse : Dr Teboul Mikael
35 rue aux fleurs 78960 Voisins le 35 rue aux fleurs 78960 Voisins le - 35 rue
aux fleurs 78960 Voisins le

Identification du patient

Nom et prénom : BOUHIER Julien Date de naissance : 14/12/1979

N° de Sécurité Sociale du patient : 1791241194034 77

Date du devis : 05/05/2022

Valable jusqu'au (sous réserve de modification) : 31/12/2022

Ce devis contient 3 pages indissociables

Description du traitement proposé :

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 remplir par l'organisme complémentaire) :

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

☒ sans sous-traitance du fabricant ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traité : ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ Hors 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
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	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

	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 C2S	4	C2S	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Identification du chirurgien-dentiste traitant
N° Identifiant du praticien RPPS : 1010634672 8 N° Adeli :
N° de l'établissement (FINESS) : 78471502 1

Identification du patient
Nom et prénom : BOUHIER Julien Date de naissance : 14/12/1979
N° de Sécurité Sociale du patient : 1791241194034 77

Traitement proposé

N° traite- ment	N° de 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 Ass. Maladie Obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie Obligatoire
1	23,	HBLD680	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur incisives, canines et premières prémolaires		1	500.00	500,00	120,00	84,00	416,00
2	13,	HBLD680	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique autre que zircone sur incisives, canines et premières prémolaires		1	500.00	500,00	120,00	84,00	416,00
1	23,	HBLD090	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés		1	175.00	175,00	90,00	63,00	112,00
2	13,	HBLD090	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés		1	175.00	175,00	90,00	63,00	112,00
3	27,	LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte				1 000,00	NR	0,00	1 000,00
4	37,	LBLD015	Pose d'1 implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte				1 000,00	NR	0,00	1 000,00
5	27,	HBLD012	Pose d'une infrastructure coronaire sur 1 implant				200,00	NR	0,00	200,00
6	37,	HBLD012	Pose d'une infrastructure coronaire sur 1 implant				200,00	NR	0,00	200,00
7	27,	HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée			0.00	550,00	107,50	75,25	474,75
8	37,	HBLD418	Pose d'une couronne dentaire implantoportée			0.00	550,00	107,50	75,25	474,75
TOTAL € (des actes envisagés)							4 850,00	635,00	444,50	4 405,50

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 traite- ment	N° de 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
----------------------	-------------------------------	---------------------------------------------	------------------	----------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------

Actes en reste à charge modéré

N°de traite- ment	N° de 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