

Devis



ACCORD DE PRISE EN CHARGE

Référence Prise en charge : 00000186617223

Votre Professionnel de santé :  
centre dentaire Altra Healthcare (590069704)  
Adresse : 6 Rue de la paix  
Code postal : 59300 VALENCIENNES  
Téléphone : +33(0)366596900 - Fax :

Actes dentaires destinés à :  
BRYAN DEBAS  
N° Sécurité sociale : 1960759172322  
Date et rang de naissance : 31/07/1996 - 1  
Ref. Personne : 23000039861401

Adhérent :  
BRYAN DEBAS  
N° Sécurité sociale : 1960759172322  
Date et rang de naissance : 31/07/1996 - 1  
Ref. Personne : 23000039861401

Date de la demande : 31/07/2025

Org. Complémentaire : PLANSANTE - NOVEOCARE

Taux remboursement RO : 0%

Numéro AMC : 00401737  
Praticien : Mihaela IUERA

Prise en charge accordée le 31/07/2025, valable jusqu'au 29/10/2025

N° dent	Libellé de l'acte	Matériau / Alliage	Provenance prothèse	Code CCAM	Honoraires	Montant RO	Taux RO
26	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux (Couronne coulée métal non précieux)	Métallique (métal non précieux)		HBLD038	290,00€	72,00€	60%
26	Pose d'une infrastructure coronaradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de bridge dentoportés sans reste à charge avec ou sans clavette	Métallique (métal non précieux)		HBLD090	175,00€	54,00€	60%
TOTAL NET TTC					465,00€		
TOTAL PART REGIME OBLIGATOIRE					126,00€		
TOTAL PART COMPLEMENTAIRE					339,00€		
TOTAL A REGLER PAR L'ASSURE					0,00€		

Cet accord vaut acceptation pour les montants indiqués sous réserve de remboursement du régime obligatoire (sauf actes prescrits et non pris en charge par ce régime), des droits aux prestations à la date de la prise en charge et de la réalisation des soins.

Pour obtenir le versement de notre participation, merci de procéder à la facturation via CBPEC, en mode dématérialisé.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance d'une information préalable claire et compréhensible m'informant des droits sur mes données à caractère personnel et je consens expressément à ce que mon professionnel de santé transmette mes données incluant mes données de santé à carte blanche partenaire et à mon organisme complémentaire d'assurance maladie afin de permettre la gestion de mes demandes de prise en charge, mon bénéfice de la dispense d'avance de frais, le contrôle des engagements tarifaires et de qualité de mon professionnel de santé, la gestion de toutes ces difficultés et la gestion prévention des fraudes, la production de statistiques dans le cadre de ces services.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel en vous adressant à [contact.dpd@carteblanchepartenaires.fr](mailto:contact.dpd@carteblanchepartenaires.fr)

J'atteste émettre la présente demande de PEC conformément aux articles R4127-240 du Code de Santé Publique (sur le montant des honoraires), L162-1-7 du Code de la Sécurité Sociale (sur les conditions de prise en charge et remboursement ) ainsi que l'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, dont l'article 9 définissant le modèle de devis.

Signature du bénéficiaire

Signature du professionnel de santé