

## 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)

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 Prénom : DOMNGANG Olivier  
Identifiant du praticien RPPS : 10003526836  
Identifiant du praticien ADELI : 924702848  
N° de l'établissement (FINESS) :

Raison sociale et adresse : Cabinet du Dr DOMNGANG Olivier - 22 rue Roque de Fillol - 92800 PUTEAUX

Numéro du devis : 10980650

Date du devis : 27/09/2025

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 27/03/2026

Ce devis contient 2 pages indissociables

Description du traitement proposé :

## Identification du patient

Nom et prénom : SELLAME DALILA Date de naissance : 13/04/1968  
N° de Sécurité sociale du patient : 268047511013301  
Adresse du patient : 5 bis rue Duranti -  
75011 Paris

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaitre 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 :

en France  au sein de l'Union Européenne  hors Union Européenne (Pays) :

 sans sous-traitance du fabricant 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 :

**	Matières et normes :	1 Titane
----	----------------------	----------

\* 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.

****	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Rise en charge complémentaire
				sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
Paniers	1	100% Santé	sousmis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
	2	Modéré	sousmis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
Panier CSS	4	CSS	sousmis à honoraires limites de facturation	

1 / 3

## Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS : 10003526836  
Identifiant du praticien ADELI : 924702848  
N° de l'établissement (FINESS) :

## Identification du patient

Nom et prénom : SELLAME DALILA Date de naissance : 13/04/1968  
N° de Sécurité sociale du patient : 268047511013301

## 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 dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement AMO	Montant remboursé AMO(**)	Montant non remboursé AMO
1	16	LBDL015	Pose d 1 implant dentaire, chez 1 adulte	1	3		900,00	NR	0,00	900,00
2	03	HBJA247	Assainissement parodontal par lambeau sur 1 sextant		3		360,00	NR	0,00	360,00
TOTAL € (des actes envisagés)							1 260,00	0,00	0,00	1 260,00

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 AMO	Montant remboursé AMO(**)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
								0,00	0,00	0,00

## 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 AMO	Montant remboursé AMO(**)	Montant non remboursé AMO	Réalisé par votre praticien
								0,00	0,00	0,00

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