

## 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 : STRATICA Maria Doriana  
Identifiant du praticien RPPS : 10108059139  
Identifiant du praticien ADELI : 810108059139  
N° de l'établissement (FINESS) : 590069704  
Raison sociale et adresse : CSD ALTRA HEALTHCARE - 6 RUE DE LA PAIX - 59300 VALENCIENNES

Numéro du devis : 11077683  
Date du devis : 10/10/2025  
Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : 10/04/2026  
Ce devis contient 2 pages indissociables

Description du traitement proposé :

### Identification du patient

Nom et prénom : CLAIRBAUX EMILIE Date de naissance : 04/08/1981  
N° de Sécurité sociale du patient : 281085960603318  
Adresse du patient : 6 Rue des Tulipes -  
59770 MARLY

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 : AON(itelis)  
N° de contrat ou d'adhérent :  
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

### Lieu de fabrication du dispositif médical :

sans sous-traitance du fabricant

en France  au sein de l'Union Européenne

hors Union Européenne (Pays) :

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 :

\* HN = Hors Nomenclature,  
acte non décrit dans la nomenclature en vigueur

\*\*\* Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont fixés par la convention collective. L'entité est définie à la date de réalisation de l'acte.

Signature électronique  
par : CLAIRBAUX EMILIE

Le : 10/10/2025 16:01:14

Raison : Devis accepté

** Matériaux et normes :	1	Céramique Monolithique Zircone	2	Alliage Non Précieux CoCr - NF en ISO 22674
--------------------------	---	--------------------------------	---	---

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

**Identification du chirurgien-dentiste traitant**

Identifiant du praticien RPPS : 10108059139  
 Identifiant du praticien ADELI : 810108059139  
 N° de l'établissement (FINESS) : 590069704

**Identification du patient**

Nom et prénom : CLAIRBAUX EMILIE Date de naissance : 04/08/1981  
 N° de Sécurité sociale du patient : 281085960603318

**Traitements proposés - 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	14	HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	1	1		440,00	120,00	72,00	368,00
1	14	HBLD090	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de Bridge dentoportés sans reste à charge	2	1		175,00	90,00	54,00	121,00
2	15	HBLD350	Pose d'une couronne dentaire dentoportée céramique monolithique (zircone) sur une dent autre qu'une molaire	1	1		440,00	120,00	72,00	368,00
2	15	HBLD090	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire [Inlay core] sous une couronne ou un pilier de Bridge dentoportés sans reste à charge	2	1		175,00	90,00	54,00	121,00
3	46	HBLD038	Pose d'une couronne dentaire dentoportée en alliage non précieux	2	1		290,00	120,00	72,00	218,00
<b>TOTAL € (des actes envisagés)</b>							<b>1 520,00</b>	<b>540,00</b>	<b>324,00</b>	<b>1 196,00</b>

**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
<b>TOTAL €</b>							<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**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
<b>TOTAL €</b>							<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

« Afin de pouvoir commencer la réalisation de vos travaux prothétiques, le versement d'un acompte vous sera demandé lors de la réalisation des empreintes »