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 : ……..

Identifiant du praticien RPPS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N°Adeli |_|_|_|_|_|_|_|_| ou

N° de l'établissement (FINESS) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Raison sociale et adresse : ……..

……

Date du devis : - - / - - / - - - -

Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : - - / - - / - - - -

Ce devis contient …. pages indissociables

Description du traitement proposé :

Identification du patient

Nom et prénom : …… Date de naissance : - - / - - / - - - -

N° de Sécurité sociale du patient : ……

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 : □ au sein de l'Union Européenne □ hors Union Européenne

□ sans sous-traitance du fabricant □ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : □ au sein de l'Union Européenne □ hors Union Européenne

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,

** 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

*** 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.

**** Paniers	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
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Panier Complémentaire santé solidaire	4	Complémentaire santé solidaire	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire

Identification du chirurgien-dentiste traitant

N° Identifiant du praticien RPPS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N°Adeli |_|_|_|_|_|_|_|_| ou

N° de l'établissement (FINESS) : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Identification du patient

Nom et prénom : …….... Date de naissance : - - / - - / - - - -

N° de Sécurité sociale du patient : …….

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 limites 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
						TOTAL € (des actes envisagés)	**€**	€	€	€

Information alternative thérapeutique - *en cas de reste à charge éventuel, une information sur des alternatives thérapeutiques 100% Santé ou à défaut, à entente directe modérée e st 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.*

Acte 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 Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

Acte 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 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