

**DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRE FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE**  
conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au J.O. 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 \_\_\_\_\_  
**RÉVISÉ**

**19:09, 07/01/20**

**Identification du Patient**

Nom Prénom : SYNDOUZE Machin  
Date de naissance : 01/01/2000  
Numéro de Sécurité sociale du patient : 1 13 01 \_\_\_\_\_

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) : .....  
Description du traitement proposé :

**Lieu de fabrication du dispositif médical :**  en France  au sein de l'Union Européenne  hors Union Européenne Pays :

sans sous-traitance  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.

|                        |   |                                       |  |
|------------------------|---|---------------------------------------|--|
| ** Matériaux et normes | 1 Alliages 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 215 | 5 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.

|              | 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   |
| Panier CSS   | 3     | Libre      | honoraires libres                          | selon le contrat du patient   |
|              | 4     | CSS        | soumis à honoraires limites de facturation | pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) |

**Identification du chirurgien-dentiste traitant**

Identifiant du praticien RPPS 10003567657  
N° de l'établissement (FINESS) [ ]

**Identification du Patient**

Nom Prénom : SYNDOUZE Machin  
Numéro de Sécurité sociale du patient : 1 13 01 [ ]

Date de naissance : 01/01/2000

**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     | Materiaux utilisés (***) | Panier (****) | 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 |
|------------------|-------------------------|------------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------|----------------------------------|---|---|---|---|
|                  |                         |                                    |                      | 4                        | 3             | 1 740,00 €                       | 0,00 €  | 0,00 €  | 0,00 €  | 1 740,00 €  |
| 1                | 25:26:27                | HBLD227                            | BridgeCcmInterHorsIn |                          |               |                                  |   |   |   |   |

**TOTAL € (des actes envisagés)** 1 740,00 €

**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    | Materiaux 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 |
|------------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------------------|---|---|---|---|-----------------------------|
|                  |                         |                                    |                     | 2                        | 870,00 €                         | 279,50 €  | 27 950,00 €   | Oui   | 0,00 €  | 0,00 €                      |
| 1                | 25:26:27                | HBLD033                            | bridge3ctsToutMétal |                          |                                  |   |   |   |   |                             |

**Actes en reste à charge modéré**

| N° de Traitement | N° dent ou Localisation | Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*) | Nature de l'acte | Materiaux 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 égal 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

|   |
|---|
| Le patient ou son représentant égal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement<br>Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux) |
|---|

## Notice explicative

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le chirurgien-dentiste vous précise la date du devis et la date de fin de validité de ce devis.

Votre chirurgien-dentiste vous informe des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes et peut vous proposer plusieurs devis le cas échéant.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire pour connaître votre reste à charge, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne Basse de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable). Par ailleurs, quand l'acte n'est pas décrit à la CCAM ou à la NGAP, le chirurgien-dentiste indique la mention « HN » (Hors nomenclature).

Lorsque le chirurgien-dentiste vous propose un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), il doit mentionner dans la partie « information alternative thérapeutique » du devis les actes sans reste à charge (panier 100% santé) ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé constituant une alternative thérapeutique chaque fois qu'elle existe et si elle est ou non réalisée par le praticien

Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :  
–au sein de l'Union européenne (UE),  
–hors de l'Union européenne.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le chirurgien-dentiste en précise le lieu.

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise par votre chirurgien-dentiste en fin de traitement.