

**DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE**  
(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis)

*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*

| Identification du chirurgien dentiste traitant  |             |
|---|-------------|
| Identification du praticien :   | Dr. Doc Tom |
| Identifiant du praticien RPPS :   | On sait pas |
| Identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) : |             |
| N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :  |             |

| Date du devis :                      | Jeudi 21 Aout 2014      |
|--------------------------------------|-------------------------|
| Durée de validité :                  |                         |
| Identification du patient            |                         |
| Nom et prénom                        | Mr. ADHOC               |
| Date de naissance :                  | inconnue                |
| N° de Sécurité sociale de l'assuré : | On ne sait pas non plus |

|   |   |
|---|---|
| A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire :   | A remplir par le chirurgien-dentiste. Description du traitement proposé :                                   |
| Adresse de l'assuré : -----<br>Tél : -----<br>Adresse email : -----<br>Nom de l'organisme complémentaire : ----- N° de contrat ou d'adhérent : -----<br>Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire)----- |   |
|   | Dispositions particulières : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles ? |

Lieu de fabrication du dispositif médical :      Lieu de fabrication du dispositif médical : -O- en France    -O- au sein de l'UE, EEE, Suisse    -O- Hors UE(Pays) :  
-X- sans sous-traitance du fabricant    -O- avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : -O- en France    -O- au sein de l'UE, EEE, Suisse    -O- Hors UE(Pays) :  
A l'issue du traitement et sur votre demande, il vous sera remis une déclaration de conformité\* du dispositif médical (\*document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

| Description précise et détaillée des actes : |  |                    |   |  |  |                              |  |  |   |                                      |
|--|--|--------------------|---|--|--|------------------------------|--|--|---|--------------------------------------|
| N° de dent ou localisation                   | Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique | Matériaux utilisés | Code CCAM ou pour l'orthodontie cotation NGAP | (A)<br>Prix de vente du dispositif médical sur mesure* | (B1)<br>Montant des prestations de soins | (B2)<br>Charges de structure | (C=A+B1+B2)<br>Montant des honoraires du devis | (D)<br>Base de remboursement Assurance Maladie Obligatoire ou NR | (E=C-D)<br>Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire | Réservé à l'organisme complémentaire |
| 21   | éclairc. dent pulpée                       |                    | HBMD005                                       | Adhoc 1  | Adhoc 2                                  | Adhoc 3                      | Adhoc 4  | NR   | J'ai laissé NR  |                                      |
| Eclaircissement des dents pulpées            |  |                    |   |  |  |                              |  |  |   |                                      |
| <b>Total des honoraires (en euros) :</b>     |  |                    |   |  |  |                              |  | NR   |   |                                      |

|                     |          |   |          |  |          |  |          |  |
|---------------------|----------|---|----------|--|----------|--|----------|--|
| Matériaux et normes | <b>1</b> | Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007 | <b>2</b> | Alliage semi précieux NF EN ISO 22674 3/2007 | <b>3</b> | Alliage non précieux CoCr - NF EN ISO 22674 3/2007 | <b>4</b> | Alliage non précieux NiCr - NF EN ISO 22674 3/2007 |
|                     | <b>5</b> | Résine Base NF EN ISO 1567 2000         | <b>6</b> | Résine Dent NF EN ISO 22112 2005             | <b>7</b> | Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000              | <b>8</b> | Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999                |

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

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

Votre chirurgien-dentiste vous informera des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes. Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire, 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 D, réservée à la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable).

Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- en France ;
- au sein de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE), en Suisse ;
- hors de l'Union européenne, le pays sera alors précisé.

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

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

Ce devis vous informera du coût des traitements proposés par votre chirurgien-dentiste. Il précisera notamment le prix de vente du dispositif médical sur mesure proposé, correspondant au coût d'élaboration du dispositif médical incluant certaines charges du cabinet (A), le montant des prestations de soins assurées par le praticien lors du traitement (B1) ainsi que le montant des autres charges de structure du cabinet (B2). Les honoraires ( $C = A + B1 + B2$ ) correspondent à la somme de ces trois montants. En outre, le devis précise le montant restant à votre charge avant remboursement par votre organisme complémentaire, si vous en avez un (E).