

Tél :

Nom de l'organisme complémentaire :

N° de contrat ou d'adhérent :

Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

A remplir par le chirurgien-dentiste. Description du traitement proposé :

Dispositions particulières : Oui Non Si oui, lesquelles ?

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).

Lieu de fabrication du dispositif médical : -X- 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) :										
Description précise et détaillée des actes										
N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Matériaux utilisés	Code CCAM ou pour l'orthodontie cotation NGAP	(A) Prix de vente du DMSM	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires du devis	(D) Base de remboursement AMO ou NR	(E=C-D) Montant non remboursable par l'AMO	Réservé à l'organisme complémentaire
16	couronne ceramo-méta	CCMNNI	SPR	50,00	163,00	268,75	68,25	500,00	107,50	392,50
Matériaux: (5) Céramique n°ce8004642										
Total des honoraires (en euros) :								500,00	107,50	392,50

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