

Sans titre - Paint

Fichier Edition Affichage Image Couleurs ?

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRE:  
 (Les soins à tarifs opposables ne sont pas inclus)  
*Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce devis est interdite.*

**Identification du chirurgien dentiste traitant**

Identification du praticien :  
 Identifiant du praticien RPPS :  
 Identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) :  
 N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire :

Adresse de l'assuré : \_\_\_\_\_  
 Tél : \_\_\_\_\_  
 Adresse email : \_\_\_\_\_  
 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 : \_\_\_\_\_ Lieu de fabrication du dispositif médical : \_\_\_\_\_  
 -X- sans sous-traitance du fabricant -O- avec une partie de la réalisation du fabricant

A l'issue du traitement et sur votre demande, il vous sera remis une déclaration de conformité\* du dispositif médical (document type) \_\_\_\_\_

**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) Prix de vente du dispositif médical sur mesure*	(B1) Montant des prestations de soins	C :
21	éclairc. dent pulpée		HBMD005			
Eclaircissement des dents pulpées						
					<b>Total des honoraires</b>	

Matériaux et noms	1	Alliage précieux NF EN ISO 226/4 3/2007	2	Alliage semi précieux NF EN ISO 226/4 3/2007	3	Alliage non précieux NF EN ISO 226/4 3/2007
	5	Resine Base NF EN ISO 156/ 2000	6	Resine Dent NF EN ISO 22112 2005	7	Ceramo-Composite

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)

\* Coût d'élaboration du dispositif médical

Pour obtenir de l'aide, sélectionnez l'option Rubriques d'aide du menu d'aide.

S FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE  
(s compris dans ce devis)

de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité

Date du devis :	Jeudi 21 Aout 2014
Durée de validité :	
<b>Identification du patient</b>	
Nom et prénom	
Date de naissance :	
N° de Sécurité sociale de l'assuré :	

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

Particulières : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles ?	
Veuillez patienter...	
-O- Hors UE(Pays) :	
UE, EEE, Suisse -O- Hors UE(Pays) :	
empir par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)	

**des actes :**

(B2) charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires du devis	(D) Base de remboursement Assurance Maladie Obligatoire ou NR	(E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Réservé à l'organisme complémentaire
		NR		
<b>(en euros) :</b>				
		NR		

n précieux CoCr- NF EN ISO 22674 3/2007	4	Alliage non précieux NiCr- NF EN ISO 22674 3/2007
métallique NF EN ISO 9693 2000	8	Ceramo dentaire NF EN ISO 6872 1999

	Signature du chirurgien dentiste