

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

Date du devis : 23/10/2013

Durée de validité :

Identification du chirurgien dentiste traitant

Identification du patient

Identification du praticien :

Nom et prénom : TEST Test

Date de naissance : 18/02/1953

N° de sécurité sociale : 253 _____

Dr. Docteur DENTISTE

Chirurgien dentiste

1 rue de la rue

75001 BORDEAUX

Tel: 0556930314

ID : 12345678 9

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 :

Tél :

Dispositions particulières : Oui Non

Si oui, lesquelles ?

N° de contrat ou d'adhérent :

Nom de l'organisme complémentaire :

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

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).

Proposition n°1

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										
Dent	Nature de l'acte	Type d'élément	Cotation	(A) Prix de vente du DMSM	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires	(D) Base de remboursement AMO	(E=C-D) Montant non remboursable par l'AMO	Réservé à l'organisme complémentaire
12	couronne cer-cer		SPR 50,00	27,27	530,05	192,68	950,00	107,50	842,50	
Total des honoraires (en euros) :							950,00	107,50	842,50	

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