

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE
conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO 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 : _____ N°Adeli : _____
 Identifiant du praticien RPPS : _____
 N° de l'établissement (FINESS) : _____
 Raison sociale et adresse : _____

Identification du patient

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____
 N° de Sécurité sociale du patient : _____

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 :

Date du devis : _____
 Variable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : _____
 Ce devis contient 2 pages indissociables
 Description du traitement proposé : _____

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 : au sein de l'Union Européenne hors Union Européenne

sans sous-traitance du fabricant avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : au sein de l'Union Européenne hors Union Européenne
 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
 *** 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

** Matériaux et normes	1	2	3
	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	Alliage non précieux ISO 22674 2016	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	Polymères de base NF EN ISO 20795.1:2013	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

**** Partiers	Codes		Libellés		Conditions tarifaires		Prise en charge complémentaire	
	1	100% Santé	Soumis à honoraires limités de facturation	si le patient bénéficiaire d'un contrat dit responsable				
2	Modéré	Soumis à honoraires limités de facturation	selon le contrat du patient					
3	Libre	Honoraires libres	selon le contrat du patient					
4	Complémentaire santé solidaire	Soumis à honoraires limités de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire					

Identification du chirurgien-dentiste

N° identifiant du praticien RPPS : _____ N° Adeli : _____
 N° de l'établissement (FINESS) : _____ ou

Identification du patient

Nom et prénom : _____
 N° de Sécurité sociale du patient : _____

Date de naissance : _____

Traitement proposé - Description précise et détaillée des actes

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (***)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement obligatoire	Base de remboursement obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire
TOTAL € (des actes envisagés)													
									€	€	€	€	€

Information alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur des 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.

Acte sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

Acte en reste à charge modéré

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

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 :

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 Base 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.