

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 : MERMIER Serge
 Identifiant du praticien RPPS : N° Adeli : 424709194 ou
 N° de l'établissement (FINESS) :
 Raison sociale et adresse : Cabinet dentaire Mermier, 18 A rue Gambetta, 42450 SURY LE COMTAL.

Date du devis : 31/10/2020
 Valable jusqu'au (sous réserve de modifications réglementaires) : 02/05/2021

Ce devis contient 5 pages indissociables

Description du traitement proposé :
 couronnes céramo-métalliques implanto-portées de réhabilitation paro-occluso- dentaires + mise en place de 3 implants TBR (technique enfouie à mise en charge différée) + scanner dentaire 3 D

DEVIS N° 2

Identification du patient

Nom et prénom : AOUZAL HABIBA
 Date de naissance : 22/02/1972
 N° de Sécurité sociale de l'assuré : 2 72 02 99 350 327 73

À 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 :

Nom de l'organisme complémentaire : **Harmonie Mutuelle**

N° de contrat ou d'adhérent : **03324218**

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 :

À 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 :	22 - Métallique Alliage non précieux	24 - Céramo-métallique Alliage non précieux

Cod es	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
**** Pantiers	1	100% Santé	Sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
	2	Modéré	Selon le contrat du patient
	3	Libre	Selon le contrat du patient
	4	CSS	Pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

 N° Identifiant du praticien RPPS : N° Adeli : 424709194 ou
 N° de l'établissement (FINISS) :

Identification du patient

 Nom et prénom : AOUZAL HABIBA
 Date de naissance : 22/02/1972
 N° de Sécurité sociale du patient : 2 72 02 99 350 327 73

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	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire
3	16	HBLD486	couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée tarif lib		3	Aucun	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €
4	17	HBLD486	couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée tarif lib		3	Aucun	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €
2	15	HBLD724	couronne dentaire transitoire pour une couronne dentoportée RAC mod		2	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €
1	14	HBLD490	couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans RAC		1	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €
3	16	HBLD245	Inlay core sous 1 couronne ou 1 pilier de bridge dentoportés tarif lib		3	Aucun	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €
4	17	HBLD245	Inlay core sous 1 couronne ou 1 pilier de bridge dentoportés tarif lib		3	Aucun	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €
2	15	HBLD745	Inlay core ss 1 couronne/1 pil de bridg dentoportés RAC mod		2	175,00 €	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €
1	14	HBLD090	Inlay core ss 1 couronne/1 pil de bridg dentoportés ss RAC		1	175,00 €	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €
5		LAQK027	rx volum faise conique maxil, mandib +/- arc. dent			Aucun	150,00 €	NR	0,00 €	150,00 €
1	14	HBLD634	COURONNE DENTOP CERAMOMETAL INCIS, CANINE / IRE PRÉMO		1	500,00 €	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €
2	15	HBLD491	COURONNE DENTOPORTÉE CERAMOMETAL SUR 2E PRÉMOLAIRE		2	550,00 €	550,00 €	120,00 €	84,00 €	466,00 €
9	47	HBLD418	pose 1 couronne dentaire implantoportée		3	Aucun	550,00 €	107,50 €	75,25 €	474,75 €
8	46	HBLD418	pose 1 couronne dentaire implantoportée		3	Aucun	550,00 €	107,50 €	75,25 €	474,75 €
4	17	HBLD734	POSE D'UNE COURONNE DENTOPORTÉE CERAMOMÉTALLIQUE SUR UNE MOLAIRE		3	Aucun	550,00 €	107,50 €	75,25 €	474,75 €
7	45	HBLD418	pose 1 couronne dentaire implantoportée		3	Aucun	550,00 €	107,50 €	75,25 €	474,75 €
3	16	HBLD734	POSE D'UNE COURONNE DENTOPORTÉE CERAMOMÉTALLIQUE SUR UNE MOLAIRE		3	Aucun	550,00 €	107,50 €	75,25 €	474,75 €
10		HBLD021	pose infrastructure coronaire sur 3 implants		3	Aucun	900,00 €	NR	0,00 €	900,00 €
6	47,46,45	LBLD013	pose 3 implants intraosseux intrabuccaux, chez adulte		3	Aucun	2100,00 €	NR	0,00 €	2100,00 €
			Total (des actes envisagés)				7.890,00 €	1.177,50 €	824,25 €	7.065,75 €

Information Alternative thérapeutique – en cas de reste à charge éventuel, une information sur les 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 du plan de traitement complet dans un devis distinct.

Identification du chirurgien-dentiste traitant

N° Identifiant du praticien RPPS : N° Adeli : 424709194 ou
 N° de l'établissement (FINESS) :

Identification du patient

Nom et prénom : AOUZAL HABIBA
 Date de naissance : 22/02/1972
 N° de Sécurité sociale du patient : 2 72 02 99 350 327 73

Actes sans reste à charge

N° de traitement	N° dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN	Nature de l'acte	Matériaux utilisés(**)	Honoraires limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance Maladie obligatoire(***)	Montant non remboursé Assurance Maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien
4	17	HBLD490	couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans RAC	24	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €	Oui
3	16	HBLD490	couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans RAC	24	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €	Oui
2	15	HBLD490	couronne dentaire transitoire pour couronne dentoportée sans RAC	24	60,00 €	60,00 €	10,00 €	7,00 €	53,00 €	Oui
4	17	HBLD090	Inlay core ss 1couronne/lpil de bridg dentoportés ss RAC	24	175,00 €	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €	Oui
3	16	HBLD090	Inlay core ss 1couronne/lpil de bridg dentoportés ss RAC	24	175,00 €	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €	Oui
2	15	HBLD090	Inlay core ss 1couronne/lpil de bridg dentoportés ss RAC		175,00 €	175,00 €	90,00 €	63,00 €	112,00 €	Oui
4	17	HBLD038	pose 1 couronne dentaire dentoportée métallique	22	290,00 €	290,00 €	120,00 €	84,00 €	206,00 €	Oui
3	16	HBLD038	pose 1 couronne dentaire dentoportée métallique	22	290,00 €	290,00 €	120,00 €	84,00 €	206,00 €	Oui
2	15	HBLD038	pose 1 couronne dentaire dentoportée métallique	22	290,00 €	290,00 €	120,00 €	84,00 €	206,00 €	Oui

Actes 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 limites de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie 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) responsables(s) légal (légaux)

Signature du Chirurgien-dentiste