REÇU LE
28 FEV. 2022

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.

Identification du chirurgien-dentiste traitant : Centre Pôle Régional du Handicap
Identifiant du praticien :
Identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) :
N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :

Date de l'établissement du devis: 11/02/2022
Durée de validité du devis : 6 mois
Identification du patient
Nom et prénom : FERREIRA Marie Madeleine
Date de naissance : 20/06/1970
N° de sécurité sociale de l'assuré :

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite adresser ce devis à son organisme complémentaire :
Adresse de l'assuré:
Tél. :
Nom de l'organisme complémentaire : N° de contrat ou d'adhérent:
Référence dossier (à renseigner par l'organisme complémentaire) :

A remplir par le chirurgien-dentiste. Description du traitement proposé :
Dépassements particuliers : oui ☐ non ☐ Si oui, lesquels ?

Lieu de fabrication du dispositif médical : au sein de l'Union Européenne (France), sans sous-traitance du fabriquant
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)

Description précise et détaillée des actes

N° dent ou localisation	Libellé de l'acte ou libellé orthodontique	Matériaux utilisés	Code CCAM	(A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure *	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires	(D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ou NR	(E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Réservé à l'organisme complémentaire	Reste à charge
13 15 26	Prothèse adjointe définitive métal 3 dents	1, 2, 3	HBLD131	514,28	585,72	0,00	1 100,00	193,50	906,50		964,55
35 36 45 47	Prothèse adjointe définitive métal 4 dents	1, 2, 3	HBLD332	518,54	681,46	0,00	1 200,00	204,25	995,75		1 057,02
TOTAL				1 032,82	1 267,18		2 300,00	397,75	1 902,25		

Matériaux et normes : 1 : Résine dent NF EN ISO 22112 2005 | 2 : Résine Base NF EN ISO 1567 2000 | 3 : Acier CoCr NF EN ISO 22674

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)
le 03.03.22

Total des honoraires : 2 300,00 €
Signature du praticien

* Coût d'élaboration du dispositif médi

"Bon Pour Accord"

(1) celui-ci aucuns problèmes