

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 : Docteur Charles DURIF
 Identifiant du praticien : 10001208155 5
 Identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) : 1 place du centenaire 73000 CHAMBERY
 N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : 31859304300017

Date de l'établissement du devis : 24/01/2019
 Durée de validité du devis : 6 mois

Identification du patient
 Nom et prénom : GEOFFROY Katchenka Valen
 Date de naissance : 05/08/1986
 N° de sécurité sociale de l'assuré : 1 61 04 73 065 149 36

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

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire :
 Adresse de l'assuré: 36 MAP DE LA MARTINIÈRE 73000 BASTENS
 Tel :
 Nom de l'organisme complémentaire : N° de contrat ou d'adhésion:
 Référence dossier (à renseigner par l'organisme complémentaire) :

Dispositifs particuliers : oui non Si oui, lesquels ?

Lieu de fabrication du dispositif médical : Les prothèses seront fabriquées en France sans sous-traitance du fabricant
 A l'issue du traitement, il vous sera remis une 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	Prix de vente du dispositif médical sur mesure*	Montant des prestations de soins	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
16 46 26	PANO		HBQK002		20,00		20,00	20,00	0,00	
36	Rétroalvéolaire pour diagnostic		HBQK443		31,92		31,92	31,92	0,00	
46	Pose d'implant		LBLD015				800,00	NR	800,00	
Dont 46	Implant									
46	Dégagement et activation d'implant		LAPB002		100,00		100,00	NR	100,00	
46	FAUX MOIGNON IMPLANTAIRE		HELD012				300,00	NR	300,00	
46	Couronne implantoprotée	1	HELD418				615,00	107,50	507,50	
16	Pulpectomie		HEFD008		81,94		81,94	81,94	0,00	
16	Rétroalvéolaires pré, perinterventionnelle et finale		HBQK303		15,96		15,96	15,96	0,00	
16	restauration Cp avec ancrage radiculaire		HBMDO42		79,53		79,53	79,53	0,00	
16	Couronne définitive	1	HELD036				615,00	107,50	507,50	
TOTAL					329,35		2 659,35	444,35	2 215,00	

Matériaux et normes : 1 : Céramo-métallique NF EN ISO 9993

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)

Total des honoraires : **2 659,35 €**
 Signature du praticien



* Coût d'élaboration du dispositif médical