

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 DR HANIMYAN LINDA
Identifiant du praticien : 944170745

Identification de la structure : Dr. HANIMYAN Linda, 46, av. de la République,
94100 SAINT MAUR
☎ 01.42.83.62.03 / ☒
N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :

Date du devis : 15/01/2016
Durée de validité du devis : 6 mois

Identification du patient :
Nom et prénom : CAO THI KIM TAM
Date de naissance : 17/08/1961
N° de Sécurité sociale de l'assuré : 2 61 08 99 243 171 97

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire :
Adresse de l'assuré : 48, rue Garibaldi 94100 ST MAUR DES FOSSÉS
Tél :
Nom de l'organisme complémentaire : <AUCUN> / N° de contrat ou d'adhésion :
Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Description du traitement proposé : A remplir par le chirurgien-dentiste.
Dispositions particulières : ☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquelles ?

Lieu de fabrication du dispositif médical : ☐ en France ☐ au sein de l'UE, EEE, Suisse ☐ hors UE (Pays) :
☒ sans sous-traitance du fabricant
☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : ☐ en France ☐ au sein de l'UE, EEE, Suisse ☐ hors UE (Pays) :
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)

Description précise et détaillée des actes :										
N° dent ou Localisation	Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Matériaux utilisés	Code CCAM ou pour l'orthodontie cotation NGAP	(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 du devis	(D) Base de remboursement Assurance Maladie Obligatoire ou NR	(E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Réservé à l'organisme complémentaire
17	pose 1 couronne dentoportée céramométal / en équival minéraux		HBLD036	0,00 €	600,00 €	0,00 €	600,00 €	107,50 €	492,50 €	
17	pose 1 couronne dentaire transitoire		HBLD037	0,00 €	80,00 €	0,00 €	80,00 €	NR	80,00 €	
17	pose 1 inlay core sans clavette sur 1 dent		HBLD007	0,00 €	300,00 €	0,00 €	300,00 €	122,55 €	177,45 €	
			TOTAL	0,00 €	980,00 €	0,00 €	980,00 €	230,05 €	749,95 €	

Matériaux	1	2	3	4
	Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007	Alliage semi précieux NF EN ISO 22674 3/2007	Alliage non précieux CoCr - NF EN ISO 22674 3/2007	Alliage non précieux NiCr - NF EN ISO 22674 3/2007
et normes	5	6	7	8
	Résine Base NF EN ISO 1567 2000	Résine Dent NF EN ISO 22112 2005	Céramo-métallique NF EN ISO 9893 2000	Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999

Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement.
25/01/2016
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Signature du Chirurgien-dentiste :

Dr Linda HANIMYAN
Chirurgien-Dentiste
46 av. de la République
94100 SAINT MAUR DES FOSSÉS
☎ 01.42.83.62.03 / ☒
944170745

*Coût d'élaboration du dispositif médical

Total des honoraires : 980,00 €