

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRE FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis)

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien :

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) :

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 FOSSES

Tél :

Nom de l'organisme complémentaire : <AUJUN> / N° de contrat ou d'adhérent :

Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

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

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
17	pose 1 couronne dentoprotéte céramométal / en équival minéral		HBLD036	0,00 €	60,00 €	0,00 €	600,00 €	107,50 €
17	pose 1 couronne dentaire transitoire		HBLD037	0,00 €	80,00 €	0,00 €	80,00 €	NR
17	pose 1 inlay core sans clavette sur 1 dent		HBLD007	0,00 €	300,00 €	0,00 €	300,00 €	122,55 €
			TOTAL	0,00 €	980,00 €	0,00 €	980,00 €	230,05 €
								729,95 €

Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement.

Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Linda HANIMYAN

Total des honoraires : 980,00 €

Signature du Chirurgien-dentiste :

Dr Linda HANIMYAN

*Coût d'élaboration du dispositif médical