ANNEXE V : 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

Identifiant RPPS |_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) : .....

n° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Date du devis :
Durée de validité :

Identification du patient
Nom et prénom : .....
Date de naissance : - - /- - /- - - -
N° de Sécurité sociale de l'assuré : .....

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

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

Dispositions particulières : oui X non ☐ Si oui, lesquelles ? 1/ la durée décrite ne saurait engager le praticien 2/ le patient manifeste des exigences particulières qui feront l'objet d'une facturation particulière

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'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) : .....

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 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	(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
	Diagnostic	xxxxxxxx	TO 15 + TO 5	xxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxx	180 €	43 € (70%)	149,9 €	
	1ere année ODF	xxxxxxxx	2x TO 90	xxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxx	1800 €	387 (100 %)	1413 €	
	2eme année ODF	xxxxxxxx	2x TO 90	xxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxx	1800 €	387 (100 %)	1413 €	
	1ère année de contention	xxxxxxxx	TO 75	xxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxx	500 €	161,25 € (100 %)	338,75 €	
	2 ème année de contantion	xxxxxxxx	TO 50	xxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxx	400 €	107,50 € (70 %)	324,25 €	
TOTAL €										

Matériaux et normes :								
	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007	2	Alliage semi précieux NF EN ISO 22674 3/2007	3	Alliage non précieux CoCr - NF EN ISO 22674 3/2007	4	Alliage non précieux NiCR - NF EN ISO 22674 3/2007
	5	Résine Base NF EN ISO 1567 2000	6	Résine Dent NF EN ISO 22112 2005	7	Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000	8	Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement
les traitements d'orthopédie dento faciale sont une activité de soins : à ce titre,
le praticien a choisi pour vous le meilleur traitement possible
Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Total des honoraires 4680 €

Signature du Chirurgien-dentiste

* Coût d'élaboration du dispositif médical