DEVIS

pour traitements et actes bucco-dentaires pouvant faire l'objet d'une entente directe

ou faisant l'objet d'un dépassement d'honoraires dans les limites fixées
par les arrêtés du 31.12.1999 et du 15.01.2000, modifiés par les arrêtés du 10.04.2002 et du 30.05.2006
Devis conforme à l'article 4.2.1 et à l'annexe III de la Convention Nationale des Chirurgiens-dentistes

Ce devis est la propriété du patient, sa communication à un tiers se fait sous sa seule responsabilité.

Identification du Chirurgien-dentiste traitant (avec numéro ADELI/FINESS) :

Identification du patient :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Date d'établissement du devis :

Durée de validité du devis :

Espace réservé à la transmission, par les assurés à des tiers, de données administratives complémentaires :

Coordonnées de l'assuré/adhérent :

Numéro INSEE :

Adresse :

Tél. :

Nom de l'organisme complémentaire :

N° de contrat ou d'adhérent :

Référence dossier *(à renseigner par l'organisme complémentaire)* **:**

Dispositions particulières : ☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquelles ?

Description du traitement proposé :

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	Céramique dentaire NF EN ISO 6872 1999

Description précise et détaillée des actes :

Localisation ou N° dent	Nature de l'acte ou libellé CCAM	Matériau utilisé	Cotation NGAP	Acte non remboursable par l'Assurance Maladie	Honoraires	Base de remboursement Assurance Maladie	Réservé à l'organisme complémentaire
				TOTAL ➜			

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

Date et signature du patient ou du responsable légal :

Signature du Chirurgien-dentiste :