

**ANNEXE XIV : 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  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'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
<b>TOTAL €</b>										

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

<p>Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement</p> <p>Date et signature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)</p>	<p><b>Total des honoraires</b></p> <hr/> <p><b>Signature du chirurgien-dentiste</b></p>
---	---

\*Coût d'élaboration du dispositif médical