



AG2R LA MONDIALE

SANTÉ

# 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, sa communication à un tiers se fait sous sa seule responsabilité.

## IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN-DENTISTE TRAITANT

Identifiant RPPS : \_\_\_\_\_

Identification de la structure (raison sociale et adresse de cabinet ou de l'établissement) : \_\_\_\_\_

N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : \_\_\_\_\_

Date du devis : \_\_\_\_\_ Durée de validité du devis : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

### À remplir par l'assuré si celui-ci envoie ce devis à son organisme complémentaire :

Adresse de l'assuré : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Adresse Email : \_\_\_\_\_

Nom de l'Organisme complémentaire : \_\_\_\_\_

N° de contrat ou d'adhérent : \_\_\_\_\_

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

### À 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'UE  hors UE (Pays) : \_\_\_\_\_

À 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	Codes 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>										

\* Coût d'élaboration du dispositif médical

<b>Matériaux et Normes</b>	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007	2	Alliage semi-précieux NF EN ISO 22674 3/2007	3	Alliage non précieux 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

Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement

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

**TOTAL DES HONORAIRES :**

Signature du Chirurgien-dentiste :

Demande d'information

Demande de prise en charge pour paiement direct au praticien

Le versement des prestations pourra être soumis à l'avis médical du Chirurgien dentiste consultant de Terciane qui pourra demander des informations complémentaires au devis et émettre éventuellement un avis négatif.

# NOTICE EXPLICATIVE POUR LE PATIENT FIGURANT AU DOS DU DEVIS

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement).  
Le chirurgien-dentiste vous précisera la durée de validité de ce devis.

Votre chirurgien-dentiste vous informera des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le chirurgien dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne D, réservée à la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non Remboursable).

Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication de dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- En France ;
- Au sein de l'union Européenne (UE), de l'Espace Economique Européen (EEE), en Suisse ;
- Hors de l'Union Européenne, le pays sera alors précisé.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le chirurgien-dentiste en précisera le lieu.

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise en fin de traitement.

Ce devis vous informe du coût des traitements proposés par votre chirurgien-dentiste. Il précise notamment le prix de vente du dispositif médical sur mesure proposé, correspondant au coût d'élaboration du dispositif médical incluant certaines charges du cabinet (A), le montant des prestations de soins assurés par le praticien lors du traitement (B1) ainsi que le montant des autres charges de structure du cabinet (B2). Les honoraires (C=A+B1+B2) correspondent à la somme de ces trois montants. En outre, le devis précise le montant restant à votre charge avant remboursement par votre organisme complémentaire, si vous en avez un (E).

## Pour contacter Terciane

**Demande d'information : 0 825 843 022** (0,15 €TTC/mn)

**Demande de prise en charge pour paiement direct au praticien : 0 825 000 321** (0,99 €TTC/mn)