

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

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. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prise en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

<p>Identification du praticien Docteur PASCUAL Dimitri N° ADELI 121000699 / N° RPPS 10100426898 Clinique St Jean de Vedas – 2 Place de l'Europe – 34 430 SAINT JEAN DE VEDAS</p>	<p>Identification du patient Nom et prénom : Date de naissance : N° de sécurité sociale :</p>
<p>Date du devis : Mercredi 24 Février 2021 Durée de validité (sous réserve de modification réglementaire) : 1 an Ce devis contient 2 pages indissociables. Description du traitement proposé : Réhabilitation complète maxillaire et mandibulaire par 2 bridges implanto-portés sur 2x4 implants, type all-on-four.</p>	<p>A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à charge selon son contrat : Nom de l'organisme complémentaire : N° de contrat ou d'adhérent : Référence dossier (à renseigner par l'organisme complémentaire) :</p>

<p>Lieu de fabrication du dispositif médical : <input type="checkbox"/> au sein de l'Union Européenne <input type="checkbox"/> hors Union Européenne <input type="checkbox"/> sans sous-traitance du fabricant <input type="checkbox"/> avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : <input type="checkbox"/> au sein de l'Union Européenne <input type="checkbox"/> hors Union Européenne</p>			
<p>A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)</p>			

<p>Légende explicative du devis :</p> <p>HN Hors Nomenclature</p> <p>AMO Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>*** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation des actes.</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">Matériaux et normes **</td> <td style="width: 15%;">1</td> <td style="width: 30%;">Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016</td> <td style="width: 15%;">2</td> <td style="width: 15%;">Alliage non précieux ISO 22674 2016</td> <td style="width: 15%;">3</td> <td style="width: 15%;">Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4</td> <td>Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015</td> <td>5</td> <td>Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013</td> <td>6</td> <td>Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Panier ****</th> <th style="width: 15%;">Codes</th> <th style="width: 15%;">Libellés</th> <th style="width: 25%;">Conditions tarifaires</th> <th style="width: 30%;">Prise en charge complémentaire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>100% Santé</td> <td>Soumis à honoraires limites de facturation</td> <td>Sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>Modéré</td> <td>Soumis à honoraires limites de facturation</td> <td>Selon contrat du patient</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td>Libre</td> <td>Honoraires libres</td> <td>Selon contrat du patient</td> </tr> <tr> <td>Panier CSS</td> <td>4</td> <td>CSS</td> <td>Soumis à honoraires limites de facturation</td> <td>Pour les assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS/C2S)</td> </tr> </tbody> </table>	Matériaux et normes **	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016		4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017	Panier ****	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire		1	100% Santé	Soumis à honoraires limites de facturation	Sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable		2	Modéré	Soumis à honoraires limites de facturation	Selon contrat du patient		3	Libre	Honoraires libres	Selon contrat du patient	Panier CSS	4	CSS	Soumis à honoraires limites de facturation	Pour les assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS/C2S)
Matériaux et normes **	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016																																		
	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017																																		
Panier ****	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire																																				
	1	100% Santé	Soumis à honoraires limites de facturation	Sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable																																				
	2	Modéré	Soumis à honoraires limites de facturation	Selon contrat du patient																																				
	3	Libre	Honoraires libres	Selon contrat du patient																																				
Panier CSS	4	CSS	Soumis à honoraires limites de facturation	Pour les assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS/C2S)																																				

Traitements proposés – Description précise et détaillée des actes										
N° de traitement	N° dent ou localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte ¹	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dt prix de vente du dispositif médical sur mesure	Base de remboursement AMO ²	Montant remboursé AMO (***)	Montant non remboursé AMO
A - PREPARATION										
1		LAQK027 (HN)	Scanner maxillo-mandibulaire		3		100,00	NR	0,00	100,00
2		LBP001 (HN)	Enregistrement des rapports maxillo-mandibulaires		3		52,20	NR	0,00	52,20
3		LBMP001 (HN)	Simulation des objectifs thérapeutiques		3		100,00	NR	0,00	100,00
			+ Soins divers (détartrage à réaliser par votre dentiste)							
A - SOUS-TOTAL € (des actes envisagés)							252,20		0,00	252,20

B – PHASE CHIRURGICALE MANDIBULAIRE										
4		HBMA006 (HN)	Matériaux de comblement		3		600,00	NR	0,00	600,00
5		HBMA004 (HN)	Membrane Straumann®		3		300,00	NR	0,00	300,00
6	32 35 42 45	LBLD004 (HN)	4 implants Premium alliage Roxolid Straumann®		3		4 000,00	NR	0,00	4 000,00
7		HBLD056 (HN)	Guide chirurgical numérique Straumann®		3		300,00	NR	0,00	300,00
8		HBED023 (HN)	Aménagement parodontal		3		1 000,00	NR	0,00	1 000,00
9		HBGB006 (HN)	Assainissement parodontal /Surfaçage radiculaire dentaire (1 séance)		3		150,00	NR	0,00	150,00
B – SOUS-TOTAL € (des actes envisagés)							6 350,00		0,00	6 350,00
C – PHASE PROTHETIQUE MANDIBULAIRE / Prothèse made in France, réalisée par nos prothésistes dans notre laboratoire à RODEZ, garantie 2 ans contre la casse.										
Mise en fonction esthétique immédiate d'un bridge d'usage de 10 à 12 dents										
10	32 35 42 45	HBLD013 (HN)	4 piliers prothétiques		3		1 000,00	NR	0,00	1 000,00
11	35-45	HBLD030	Bridge d'usage implanto-porté en zircone		3		3 000,00	182,75	0,00	2 817,25
C – SOUS-TOTAL € (des actes envisagés)							4 000,00	182,75	0,00	3 817,25
D – PHASE CHIRURGICALE MAXILLAIRE										
12		HBMA006 (HN)	Matériaux de comblement		3		600,00	NR	0,00	600,00
13		HBMA004 (HN)	Membrane Straumann®		3		300,00	NR	0,00	300,00
14	12 15 22 25	LBLD004 (HN)	4 implants Premium alliage Roxolid Straumann®		3		4 000,00	NR	0,00	4 000,00
15		HBLD056 (HN)	Guide chirurgical numérique Straumann®		3		300,00	NR	0,00	300,00
16		HBED023 (HN)	Aménagement parodontal		3		1 000,00	NR	0,00	1 000,00
17		HBGB006 (HN)	Assainissement parodontal /Surfaçage radiculaire dentaire (1 séance)		3		150,00	NR	0,00	150,00
D – SOUS-TOTAL € (des actes envisagés)							6 350,00		0,00	6 350,00
E – PHASE PROTHETIQUE MAXILLAIRE / Prothèse made in France, réalisée par nos prothésistes dans notre laboratoire à RODEZ, garantie 2 ans contre la casse.										
Mise en fonction esthétique immédiate d'un bridge d'usage de 10 à 12 dents										
18	12 15 22 25	HBLD013 (HN)	4 piliers prothétiques		3		1 000,00	NR	0,00	1 000,00
19	15-25	HBLD030	Bridge d'usage implanto-porté en zircone		3		3 000,00	182,75	0,00	2 817,25
E – SOUS-TOTAL € (des actes envisagés)							4 000,00	182,75	0,00	3 817,25
TOTAL € (des actes envisagés) Consultations et radiographies post-opératoires incluses							20 952,20		365,50	20 586,70
<i>dont honoraires chirurgien</i>							<i>6 000,00</i>	<i>A régler à la Clinique Saint-Jean-de-Védas le jour de l'intervention</i>		
Acompte pour programmer l'intervention (A + ((B+C+D+E)*20%))							4 392,20	<i>A régler au cabinet lors de la prise de RDV</i>		
Solde							10 560,00	<i>A régler au cabinet avant l'intervention</i>		

Frais en sus

* Séjour ambulatoire : 100,00 €

* FSO 130 : 403,00 €

* Honoraires anesthésiste (5 heures à 250 € / heure) : 1 250,00 €

* Chambre particulière : OPTIONNEL 50,00 € / jour

TOTAL : 1 753,00 € à régler à la Clinique Saint-Jean-de-Védas (cf. devis hors convention)*Entretien annuel implantaire et prothétique : **300,00 € / an***Dépose, nettoyage, polissage prothétique et contrôle, désinfection, surfaçage implantaire*

Réhabilitation complète mandibulaire par bridge implanto-porté sur 4 implants

14 952,20 *A régler au cabinet avant l'intervention*

Honoraires chirurgien


6 000,00 *A régler à la clinique le jour de l'intervention*

Frais Clinique Saint-Jean-de-Védas

1 753,00 *A régler à la clinique le jour de l'intervention*

TOTAL GÉNÉRAL

22 705,20

<p>Identification du praticien Docteur PASCUAL Dimitri N° ADELI 121000699 / N° RPPS 10100426898 Clinique St Jean de Vedas – 2 Place de l'Europe – 34 430 SAINT JEAN DE VEDAS</p>	<p>Identification du patient Nom et prénom : Date de naissance : N° de sécurité sociale :</p>
<p>Signature du praticien</p> 	<p>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) légal (légaux)</p> <p>Vendredi 8 Avril 2022</p>

our tout paiement, nous vous offrons la possibilité de payer en ligne ou par prélèvement automatique (tous les 10 du mois).

NOTICE EXPLICATIVE

Le devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le praticien vous précise la date du devis et la date de fin de validité de ce devis.

Notre praticien vous informe des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes et peut vous proposer plusieurs devis le cas échéant.

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

Dans ce devis, le praticien 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 Communes 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 praticien indique dans la colonne Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable).

Par ailleurs, quand l'acte n'est pas décrit à la CCAM ou à la NGAP, le praticien indique la mention « HN » (Hors Nomenclature).

Lorsque le praticien vous propose un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), il doit mentionner dans la partie « information alternative thérapeutique » du devis les actes sans reste à charge (panier 100% santé) ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé constituant une alternative thérapeutique chaque fois qu'elle existe et si elle est ou non réalisée par le praticien.

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

- au sein de l'Union Européenne (UE),
- hors de l'Union Européenne.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le praticien en précise le lieu.

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