

Demande à adresser à Santéclair

Conserver une copie de votre devis avant de l'adresser à Santéclair
78 boulevard de la République - 92514 Boulogne-Billancourt Cedex
 Fax : 01 47 61 20 92 - Mail : devis@santeclair.fr

**TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES
 SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT
 RAPIDE DE VOTRE DEVIS**

Modèle établi à partir du devis conventionnel publié au JO du 31/07/2012

IDENTIFICATION / ASSURÉ – PATIENT (à remplir par l'Assuré)

Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé	Nom	Prénom	Date de naissance
	Assuré
Votre N° de contrat/adhérent	Patient
	Adresse :		
Nom de votre entreprise (si contrat collectif)	Code postal : Ville :		
Pour vous contacter au sujet de votre devis :		Téléphone fixe (en journée)
Téléphone portable		Mail :@.....

IDENTIFICATION DU CHIRURGIEN-DENTISTE TRAITANT (à remplir par le professionnel de santé)

Identifiant du praticien RPPS :	Date du devis : .. / .. / ..	Durée de validité :
N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :		
Identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) :		

DEVIS DENTAIRE POUR TRAITEMENT PROTHÉTIQUE (à remplir par le professionnel de santé)

Lieu de fabrication du dispositif médical : en France au sein de l'Union Européenne hors Union Européenne (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 la déclaration de conformité* du dispositif médical (*document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

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

.....

.....

Dispositions particulières : oui non Si oui, lesquelles ?

Verso à remplir également



DEVIS DENTAIRE POUR TRAITEMENT PROTHÉTIQUE (à remplir par le professionnel de santé)

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 du devis	(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
TOTAL €										

*Coût d'élaboration du dispositif médical

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

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

Total des honoraires

Signature du Chirurgien-dentiste

Je ne souhaite pas recevoir des informations sur les services Santéclair par email par sms