

Identification du chirurgien-dentiste traitant
N° Identifiant du praticien RPPS : 1000357509 8 N° Adeli :
N° de l'établissement (FINESS) : 33402207 6

Identification du patient
Nom et prénom : GASTON Josette Date de naissance : 04/11/1944
N° de Sécurité Sociale du patient : 2441133225012 64

Traitement proposé

N° de traitement	N° de dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Panier (****)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance Maladie Obligatoire	Montant remboursé Ass. Maladie Obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance Maladie Obligatoire
1	01,	HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique		2	1600,00	1 600,00	311,75	218,23	1 381,77
TOTAL € (des actes envisagés) 1 600,00										

Information alternative thérapeutique - en cas de reste à charge éventuel, une information sur les alternatives thérapeutiques 100% santé ou à défaut à entente directe modérée est donnée par le praticien. Sur demande du patient, elle peut donner lieu à une nouvelle proposition de plan de traitement complet dans un devis distinct.

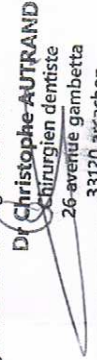
Actes sans reste à charge

N° de traitement	N° de dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien
1	01,	HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	5, 6	1 100,00	1 100,00	182,75	127,93	972,07	Oui

Actes en reste à charge modéré

N° de traitement	N° de dent ou Localisation	Cotation CCAM, NGAP ou acte HN (*)	Nature de l'acte	Matériaux utilisés (**)	Honoraires limite de facturation	Honoraires dont prix de vente du dispositif médical	Base de remboursement Assurance maladie obligatoire	Montant remboursé Assurance maladie obligatoire (***)	Montant non remboursé Assurance maladie obligatoire	Réalisé par votre praticien

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)

Signature du Chirurgien-dentiste

Dr. Christophe AUTRAND
Chirurgien dentiste
26-avenue gambetta
33120 airachon
tel: 0556634821