Les devis ODF

Les devis



Fenêtre appelée à partir de la fiche patient dans le groupe "Traitements" en cliquant sur l'icône représenté par des travaux ou en développant le menu "Traitements"

Dans la fiche du patient





| Traitements * | | |
|-------------------------------|-----|--|
| Devis - plans de traitement | 0 | |
| Ajouter les actes d'un devis | • + | |
| Echeanciers de règlements | | |
| Factures - notes d'honoraires | | |

Ou accès direct



À partir de la fiche patient Un clic droit sur l'icône devis/Echéanciers/Factures donne un accès immédiat aux devis sans passer par le menu de sélection

Devis – Plans de traitement

| • | De | evis | | 🗩 🚳 | Н | 2 | | | | | | | gistrer un pdf lor | s de l'impres | sion | | <u>e</u> | 0 |
|---------|---------|------------|--------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------|------------|-------------------|--------------|---------------------------------|--------------------|---------------|----------------|-----------------|---------------|----------|
| | | | | | | Pas de cor | nplémentaire | | | Date du devis : | : 12/06/2017 | | | | | | ▼ | 8 |
| Nom d | u devi | is | | | | | | X III. . | | | | | | Modèle [| Devis type con | entionnel CCAI | M | <u> </u> |
| | | | | | | réer un éche | eancier de réglements ap | rés l'impression | | | | | | L | _ Avec l'annex | e | | es |
| 눘 | favoris | s QQ r | nomend | lature \lambda assi | istants 🚽 | schéma | 28 / | | | | | | | | | | | |
| Pro | othès | ses | Pro maxi | othèses lo-faciales | Prothèse | e conjointe | ^ | | | | | | | | | | | |
| | | | Prothè | se adjointe | Inlay | y core | | | | | | | | | | | | |
| | | | Desc resc | ellement / cellement | Inlay-onla | ay / coping | | | | | | | | | | | | |
| | | | In | nplants | Guides, <u>c</u> conte | jouttières, entions | | | | | | | | | | | | |
| Soi | ns | | End | dodontie | Propi | nylaxie | | | | | | | | | | | | |
| | | | Explora | itions, bilans | Obtu | rations | | | | | | | | | | | | |
| Chi | irurg | gie | Ext | tractions | Chirurgie | e dentaire | ~ | | | | | V | | | | | | |
| 🗹 Fig | jurer s | sur le sch | néma le | s anciennes pro | thèses | | sur le schéma les ancier | s soins 🗹 Figurer sur le | schéma les | dents à extraire | | | | | | | | |
| Lie | u de f | fabricatio | on en l | France | | • | sans s | ous traitance du fabricant | | • | | | | | | | | 2 |
| | Ro | dv Durée | e Délai | Groupe | Code | Dents | Acte | Matériau | Cotation | Remb. probable SS | Honoraires | Base SS | Rb SS | Rb mutuelle | Reste à charg | e Labo | Prix de vente | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | - |
| • - | | _ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | onôtro | n n | rincin | nle | • | | | | | | |
| - | | _ | | | | | | chene | · ۲ | | uic | • | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - | | _ | | | _ | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | • | - | 1 | | | | | | 1 | | 1 | | + | | | | | - |
| Cotatio | on tota | ale: | | | | | | | Mon | tant total | 0,00 | Base de rembo | ursement totale | | 0,00 R | este à charge | 0.0 | 0 |
| ٩ | + | 9 I | | ~ ? * | | | | | Dure | ée totale | | Remboursemer Mutuelle totale | nt SS total | | 0,00 R 0,00 | este à facturer | 0,0 | 0 |
| | | | > | Devis texte | | | Devis graphique | 6000 | Devis O | DF | | | | | | | | |

Trois onglets



Devis ODF

| ◆ Devis 🛛 🖓 💾 🔀 🍐 | and the second | | | [| 🗹 Enregistrer un pd | f lors de l'impressio | on 💌 📄 | - <u>e</u> 💴 |
|--|----------------|---|-----------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Pas de | complémentaire | ۵ | ate du devis : | 12/06/2017 | | | | - 8 |
| Date de départ du calcul : | Devis type D | evisOdf_2012 | Ŧ | | | 1 Nom | bre d'exemplaires | Insertion de l'entête |
| 22/06/2017 [23] Période de départ du calcul : | Impression | Description | Cotation | Base sécurité sociale | Montant des honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | 1 |
| | | Etude des moulages et des radios | T015 | 32,25€ | | | 12/09/2017 | 1 |
| | | Analyse céphalométrique | | | | | | 1 |
| Scénario de facturation 💾 —— | | Début du 1° semestre | | | | | | 1 |
| Modéle: | | Milieu du 1° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/06/2018 | |
| shound | | Fin du 1° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/09/2018 | 1 |
| 10de de facturation: | | Milieu du 2º semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/12/2018 | 1 |
| Facturation trimestrielle | | Fin du 2° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/03/2019 | 1 |
| Code moulages et étude: | | Milieu du 3° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/06/2019 | 1 |
| | | Fin du 3° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/09/2019 | 1 |
| Code céphalométrie: | | Milieu du 4° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/12/2019 | |
| ▼ 📑 | | Fin du 4° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/03/2020 | 1 |
| | | Milieu du 5° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/06/2020 | 1 |
| | | Fin du 5° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/09/2020 | 1 |
| | | Milieu du 6° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/12/2020 | 1 |
| Code semestre complet: | | Fin du 6° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/03/2021 | |
| • • • • • • • • | | Contention 1° année | T075 | 161,25€ | | | 12/03/2022 | 1 |
| Code 1º année contention: | | Contention 2° année | TO50 | 107,50€ | | | 12/03/2023 | |
| - | | Séance de surveillance (2 max par semestre) | | | | | | 1 |
| ode 2º année contention: | Total | | | | 0,00€ | 0,00€ | |] |
| | | * Le montant restant à charge est calquié en fonction (| lu taux de séci | rité sociale et du re | emboursement de la r | mutuelle, s'il v en a | une. | |

- 🖻

Code surveillance:

(

| 🗙 Devis | | | | | Enregistrer un p | df lors de l'impres | sion 🚥 🗍 | | |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------|------------|
| | TP ALMERYS jusqu'au 31/ | 2/2017 | Date du devis : 1 | 12/06/2017 | | | | | - 8 |
| ate de départ du calcul : | Devis t | Devis conventionnel odf | Ŧ | | | 1 No | ombre d'exemplaires | Insertion de | e l'entête |
| ériode de départ du calcul : | Impre | sion Description | Cotation | Base sécurité sociale | Montant des honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | | |

Affichage de la complémentaire AMC

- Lorsqu'une complémentaire est renseignée dans l'état civil, onglet AMC, et que la date de fin de droits est connue
- La date s'affiche après le nom de la complémentaire

Affichage de la complémentaire AMC

| 🔶 Devis | | | | | 🗹 Enregistrer un p | odflors de l'impress | sion PDF | i | |
|--|---------------------------|-------------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------|---------------|-------------|
| | TP ALMERYS jusqu'au 31/12 | 2017 | Date du devis : | 12/06/2017 | | | | | - 💡 |
| Date de départ du calcul : | Devis type | Devis conventionnel odf | - | | | 1 No | mbre d'exemplaire | s 🗌 Insertion | de l'entête |
| 12/06/2017 [23] Période de départ du calcul : | Impressio | n Description | Cotation | Base sécurité sociale | Montant des honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | | |

Un clic droit sur l'AMC permet de modifier la complémentaire

| Assurances complémentaires | | |
|---------------------------------------|----------|------------------|
| Annuler Ok | Ajouter | <u>D</u> étruire |
| Nom | Q ID | 0,1 |
| ALMERYS AMPLI | 98532001 | ^ |
| ALMERYS APRIL | 98532001 | |
| ALMERYS ASSOR | 98532001 | |
| ALMERYS ASSUREMA | 98532001 | |
| ALMERYS CIPRES VIE | 98532001 | |
| ALMERYS ECA | 98532001 | |
| ALMERYS FMA ASSURANCES | 98532001 | |
| ALMERYS FRANCE MUTUELLE | 98532001 | |
| ALMERYS GENERALI | 98532001 | |
| ALMERYS INTERIALE | 98532001 | |
| ALMERYS MEPSS | 98532001 | |
| ALMERYS MGP | 98532001 | |
| ALMERYS MUTUELLE GENERALE | 98532001 | |
| ALMERYS MUTUELLE GENERALE DE LA POSTE | 98532001 | ¥ |

Devis ODF

| 🔦 Devis 🛛 🖵 💾 🛃 🧄 | | | | E | Enregistrer un pd | flors de l'impressio | on 📼 📄 | i 🥯 💴 |
|-------------------------------|------------|--|-------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Pas de comp | lémentaire | Date | du devis : | 12/06/2017 | | | | - ? |
| Date de départ du calcul : | Devis type | evisOdf_2012 | - | | | 1 Nom | bre d'exemplaires | Insertion de l'entête |
| Période de départ du calcul : | Impression | Description | Cotation | Base sécurité sociale | Montant des honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | |
| | | Etude des moulages et des radios | T015 | 32,25 € | | | 12/09/2017 | 1 |
| | | Analyse céphalométrique | | | | | | |
| Scénario de facturation 💾 —— | | Début du 1° semestre | | | | | | |
| Modèle: | | Milieu du 1° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/06/2018 | - |
| Sind carry | | Fin du 1° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/09/2018 | |
| Mode de facturation: | | Milieu du 2° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/12/2018 | - |
| Facturation trimestrielle | | Fin du 2° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/03/2019 | |
| Code moulages et étude: | | Milieu du 3° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/06/2019 | |
| ▼ 📑 | | Fin du 3° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/09/2019 | |
| Code céphalométrie: | | Milieu du 4° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/12/2019 | |
| ▼ 📑 | | Fin du 4° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/03/2020 | - |
| Code destauration | | Milieu du 5° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/06/2020 | - |
| | | Fin du 5° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/09/2020 | |
| | | Milieu du 6° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/12/2020 | |
| Code semestre complet: | | Fin du 6° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/03/2021 | |
| | | Contention 1° année | T075 | 161,25€ | | | 12/03/2022 | - |
| Code 1º année contention: | | Contention 2° année | T050 | 107,50€ | | | 12/03/2023 | - |
| | | Séance de surveillance (2 max par semestre) | | | | | | |
| Code 2º année contention: | Total | | | | 0,00€ | 0,00€ | | |
| ▼ [™] | | | | | | | | |
| Code surveillance: | | * Le montant restant à charge est calculé en fonction du t | aux de sécu | rrite sociale et du re | emboursement de la r | mutuelle, s'il y en a | a une. | |
| | | | | | | | | |
| Devis texte | Devis gra | phique (ESS) Devis ODF | | | | | | |

Permet de rédiger les devis spécifiques à l'exercice de l'ODF

Devis ODF

 Un "combo-box" permet de choisir un modèle de devis parmi les devis pré-existants dans LOGOSw ou réalisés par vous-même à partir de Outils - Documents types - Devis ODF
 Mais obligation d'établir le devis conventionnel

| 🔶 Devis 🛛 🕞 💾 | Z 🍐 | | |
|----------------------------|----------------------------|---|-----------------------|
| | TP ALMERYS jusqu'au 31/12/ | 2017 Date du de | vis: 12/06/2017 |
| Date de départ du calcul : | Devis type | Devis conventionnel odf | - |
| 12/06/2017 | Impressio | Devis conventionnel odf sans totaux Devis conventionnel odf stomato sans totaux Devis conventionnel odf stomato | Base sécurité soci |
| | | Devis conventionnel od Devis DevisOdf_2012 | 32,25 |
| | | Analyse céphalométrique | _ |



📎 Editeur LOGOSw de documents types - fichier de devis odf - Devis conventionnel odf





| 🔦 Devis 🛛 🖵 💾 🌌 | | | 🗹 Enregistrer un p | df lors de l'impress | ion 💼 | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|---|----------------------------------|----------------------|--------------|-------------|
| | TP ALMERYS jusqu'au 31/12/2017 | Date du devis : 12/06/2 | /2017 | | | | - 9 |
| Date de départ du calcul : | Devis type Devis conventionnel odf | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | 1 Nor | mbre d'exemplaires | Insertion de | le l'entête |
| 12/06/2017 [23] Période de départ du calcul : | Impression Descri | otion Cotation Si sécurit | Base Montant des rité sociale honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | | |

Vous pouvez choisir la date du devis Par défaut la date du jour

| ate de départ du calcul : Devis type Devis conventionnel odf Devis type Devis conventionnel odf I Nombre d'exemplaires Insertion de l'exemplaires | N l evis | LMERYS jusqu'au 31/12/2017 | Date du devis : 12/06/2017 | Enregistrer un pdf lors de l'imp | ression 🚥 | |
|---|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---|----------------------|-----------------------|
| | te de départ du calcul : | Devis type Devis conventionnel odf | | 1 | Nombre d'exemplaires | Insertion de l'entête |
| ériode de départ du calcul : Impression Description Cotation Base sécurité sociale Montant des honoraires Montant restant à charge * Date du règlement | riode de départ du calcul : | Impression Description | Cotation Base sécurité sociale | Montant des honoraires à charge * | Date du règlement | |



L'icône "Quitter" pour sortir de la fenêtre des devis

L'icône feuille blanche "Nouveau Devis" pour créer un nouveau devis

| ate de départ du calcul : 2/06/2017 I Nombre d'exemplaires Insertion de l'entête áriode de départ du calcul : Impression Description Cotation Base sécurité sociale Montant des honoraires à charge * Date du règlement | Devis | P LMERY5 jusqu'au 31/12/2 | 017 D | ate du devis : | 12/06/2017 | C Enregistrer un p | odflors de l'impres | sion 🚥 [| | • 8 |
|---|------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------|-------------|
| Impression Impression Description Cotation Base sécurité sociale Montant des honoraires Montant restant à charge * Date du règlement | ate de départ du calcul : | Devis type | evis conventionnel odf | - | | | 1 No | ombre d'exemplaires | Insertion d | le l'entête |
| | ériode de départ du calcul : | Impression | Description | Cotation | Base sécurité sociale | Montant des honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | | |

De gauche à droite

L'icône "Disquette" pour enregistrer le devis en cours

L'icône "Disquette + crayon" pour enregistrer le devis en cours comme un nouveau devis (on fait une copie)

Modifier un devis sans le recréer

Parfois on édite vite fait un devis à un patient

Puis dans un second temps il est organisé en plan de traitement avec toutes les séances, durée etc...

Pour ne pas avoir à le refaire complètement, on en fait un double pour ainsi dire dans lequel on va rajouter toutes les lignes du plan de traitement

| 🔶 Devis 🕞 💾 🌌 🧼 P ALME (YS ju | qu'au 31/12/2017 | Date du devis : 12/06/201) | Enregistrer un p | dflors de l'impres | sion 🚥 🗍 | | 8 |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|---|
| Date de départ du calcul : | Devis type Devis conventionnel odf | - | | 1 No | ombre d'exemplaires | Insertion de l'entête | e |
| Période de départ du calcul : | Impression Description | Cotation Base sécurité soc | Montant des iale honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | | |

L'icône "Feu" pour détruire le devis en cours

⇒Pour enregistrer le devis au format PDF lors de l'impression ⇒Pour exporter le devis en PDF ⇒Pour imprimer le devis ⇒Pour envoyer le devis par mail ⇒Pour accéder à des informations complémentaires que l'on pourra imprimer avec le devis

| | ┦╘ | | s de comple | émentaire | |
|-------------------------------|------------|---|-------------|-------------------|-------|
| Date de départ du calcul : | | [| | Devis type D | a vii |
| 12/06/2017 | 3 | | | Devis type D | |
| Période de départ du calcul : | - | | | Impression | |
| | _ | | | | E |
| | | | | | A |
| Scénario de facturation | 9 | | | | D |
| Augun > | • | | | \triangleleft | м |
| | _ | | | $\mathbf{\nabla}$ | Fi |
| Mode de facturation: | _ | | | \checkmark | м |
| actul adon d'intestitelle | <u> </u> | | | \checkmark | Fi |
| Code moulages et étude: | _ ~ | | | \checkmark | М |
| | - 6 | | | | Fi |
| Code céphalométrie: | | | | \checkmark | М |
| | - 🖻 | | | \checkmark | Fi |
| Code demi semestre: | | | | \leq | М |
| | - 🖻 | | | \mathbf{N} | Fi |
| | | | | $\mathbf{\nabla}$ | М |
| Code semestre complet: | - 2 | | | \checkmark | Fi |
| | | | | \checkmark | С |
| Code 1º année contention: | | | | \checkmark | С |
| | <u> </u> | | | | S |
| Code 2º année contention: | | | | Total | _ |
| | <u> </u> | | | | * |
| Code surveillance: | | | | | |
| | <u> </u> | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| A | evis texte | 2 | 6 | Devis grap | ohio |

- Remplir les champs situés à gauche éventuellement en s'aidant des boutons associés aux champs
 - Date de départ du calcul (avec un petit calendrier associé)
 - Période de départ du calcul (par défaut 1^{er} semestre)
 - Scénario de facturation
 - 牟 Modèle
 - ⇒ Mode de facturation
 - Code correspondant à l'étude du dossier et des moulages
 - → Code céphalométrie
 - ⇒ Code correspondant à un demi semestre
 - ⇒ Code correspondant à un semestre complet
 - Code correspondant à la première année de contention
 - Code correspondant à la deuxième année de contention
 - ⇒ Code surveillance

| 🔶 Devis 🛛 🖵 💾 🎽 🍐 | | | | E | Enregistrer un pd | f lors de l'impressio | on 💌 📕 | i 🙆 💴 |
|---------------------------------------|----------------------|---|----------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Pa | as de complémentaire | Dat | e du devis : 🛙 | 12/06/2017 | | | | - ? |
| Date de départ du calcul : | Devis type De | evisOdf_2012 | • | | | 1 Nom | bre d'exemplaires | Insertion de l'entête |
| 12/06/2017 | Impression | Description | Cotation | Base sécurité sociale | Montant des honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | |
| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | Etude des moulages et des radios | T015 | 32,25€ | | a charge | 12/09/2017 | |
| | | Analyse céphalométrique | | 02/20 2 | | | 12/03/2017 | - |
| Scénario de facturation 💾 —— | | Début du 1° semestre | | | | | | - |
| Modèle: | | Milieu du 1° semestre | T045 | 96.75€ | | | 12/06/2018 | - |
| <aucun></aucun> | | Fin du 1° semestre | T045 | 96,75 € | | | 12/09/2018 | - |
| Mode de facturation: | | Milieu du 2° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/12/2018 | - |
| Facturation trimestrielle | | Fin du 2° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/03/2019 | - |
| Code moulages et étude: | | Milieu du 3° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/06/2019 | - |
| | | Fin du 3° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/09/2019 | 1 |
| Codo cónhalomótria: | | Milieu du 4° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/12/2019 | |
| | | Fin du 4° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/03/2020 | |
| | | Milieu du 5° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/06/2020 | 1 |
| Code demi semestre: | | Fin du 5° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/09/2020 | 1 |
| | | Milieu du 6° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/12/2020 | 1 |
| Code semestre complet: | | Fin du 6° semestre | T045 | 96,75€ | | | 12/03/2021 | |
| ▼ ≧ | | Contention 1° année | T075 | 161,25€ | | | 12/03/2022 | 1 |
| Code 1º année contention: | | Contention 2° année | TO50 | 107,50 € | | | 12/03/2023 | 1 |
| | | Séance de surveillance (2 max par semestre) | | | | | | 1 |
| Code 2º année contention: | Total | | | | 0,00€ | 0,00€ | | 1 |
| | | | | | | | | |
| Code surveillance: | | *Le montant restant à charge est calculé en fonction du | taux de sécu | rité sociale et du re | mboursement de la | mutuelle, s'il y en a | a une. | |
| Devis texte | Devis grap | hique Devis ODF | | | | | | |

Possibilité de cocher les lignes que l'on veut voir s'afficher à l'impression et de décocher les autres

Une fois le devis terminé, LOGOSw vous demandera si vous souhaitez conserver ce devis en mémoire



Un devis enregistré donnera lieu à la création d'une ligne bureautique dans la fiche patient

Les lignes bureautiques de devis se terminent par un petit trait vertical ⇒Si un commentaire est ajouté après ce trait vertical (exemple un nom de devis, un descriptif succinct ...) →Celui-ci ne sera pas supprimé en cas de modification du devis et de la ligne bureautique correspondante

Edition d'un devis ODF. * en atten

Lors de la suppression d'un devis fenêtre de confirmation



La ligne bureautique dans la fiche patient est automatiquement supprimée

DEVIS au format PDF

Lors de l'impression d'un devis Possibilité d'enregistrer le devis au format PDF avec création d'une ligne bureautique

| 🔨 Devis 🕞 💾 🎽 🧄 | istrer u | un pdf lors de l'impres | ssion 🗾 | | |
|--|----------|------------------------------------|----------------------|-------------|------------|
| TP ALMERYS jusqu'au 31/12/2017 Date du devis : 12/06/2017 | | | | | - 8 |
| Date de départ du calcul : Devis type Devis conventionnel odf | | 1 N | Iombre d'exemplaires | Insertion d | e l'entête |
| Période de départ du calcul : The pression Description Description Cotation Base Mor sécurité sociale ho | les s | s Montant restant à charge * | Date du règlement | | |

| 🔦 Devis 🛛 🖵 💾 🎽 | | | | | 🗹 Enregistrer un p | odflors de l'impres | sior 📭 🗍 | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------|------------|
| | TP ALMERYS jusqu'au 31/12/201 | 17 | Date du devis : | 12/06/2017 | | | | | { |
| Date de départ du calcul : | Devis type Dev | vis conventionnel odf | * | | | 1 No | mbre d'exemplaires | Insertion de | e l'entête |
| 22/06/2017 [23] Période de départ du calcul : | Impression | Description | Cotation | Base sécurité sociale | Montant des honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | | |

Devis ODF au format PDF

Case cochée Pour enregistrer le devis au format PDF lors de l'impression Cela permettra de ressortir un devis à la date exacte à laquelle celui-ci a été établi Dans la fiche patient
On retrouvera deux lignes bureautiques
Une ligne pour le devis
Une ligne pour le devis en PDF

Edition d'un devis ODF. * accepté * | Enregistrement d'un devis PDF

Un double clic sur la ligne bureautique, donne un accès direct au devis et ouvre le document correspondant

| A Devis | | 5 💋 | TP ALMERYS jusqu | au 31/12/2 | 017 | | Dat | e du devis : | 12/06/2017 | 🗹 Enregistrer un p | df lors de l'impress | sion | | - 8 |
|---|----|-----|------------------|-------------------|----------------------|-------------|-----|--------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------------|-------------|
| Date de départ du calcul : | | | | Devis type D | evis conventionnel o | df | | Ŧ | | | 1 No | mbre d'exemplaire | s 🗌 Insertion d | le l'entête |
| 12/06/2017 Période de départ du calcul : | 23 | | | Impression | | Description | | Cotation | Base sécurité sociale | Montant des honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Le devis fini, vous pouvez L'exporter au format PDF

Export devis ODF au format PDF

Par défaut ils vont dans c:\

| 🕅 Donnez un nom au fi | chier | | | | × |
|-----------------------|----------|-----------------------|-----|--------------------------|-----------|
| < → < ↑ 🛓 > | Ce PC | > Disque local (C:) > | ~ ⊘ | Rechercher dans : Disque | e loca 🔎 |
| Organiser 🔻 Nouv | eau do | ssier | | === | - ? |
| 💻 Ce PC | ^ | Nom | | Modifié le | Туре ^ |
| 📃 Bureau | | AMD | | 24/05/2016 10:05 | Dossier d |
| Documents | | BACKUP | | 02/02/2016 12:19 | Dossier d |
| Images | | BCB | | 08/06/2017 11:28 | Dossier d |
| h Musique | | Config.Msi | | 07/06/2017 10:06 | Dossier d |
| | | HSF | | 25/01/2016 12:38 | Dossier d |
| Telechargement | | inetpub | | 04/10/2016 13:41 | Dossier d |
| Yidéos | | Logs | | 13/02/2016 14:19 | Dossier d |
| 🏪 Disque local (C:) | | MSOCache | | 25/01/2016 11:33 | Dossier d |
| 🕳 Réservé au systè | | PerfLogs | | 16/07/2016 13:47 | Dossier d |
| DONNEES (E:) | | Program Files (x86) | | 23/05/2017 10:38 | Dossier d |
| Disgue local (F:) | | ProgramData | | 13/09/2016 11:01 | Dossier d |
| Sauvegarde (H:) | v < | Drogrammer | | 22/05/2017 00.00 | Dession d |
| Nom du fichier : | | | | | ~ |
| T C | 1. 00 | | | | * |
| <u>I</u> ype: Fic | chier PL | IF (".PDF) | | | ~ |
| | | | | Epregistrer | nnuler |

Pour les garder Création d'un répertoire c:\Wdocuments par exemple où tous les devis PDF seront stockés après leur avoir donné un nom

| Cevis | 24 /42 /2 | Data Dat | e du devis : | 12/06/2017 | Enregistrer un po | df lors de l'impres | sion 📧 | | - 9 |
|----------------------------|------------|------------------------|--------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------|------------|
| Date de départ du calcul : | Devis type | evis conventionnel odf | | 12/00/2017 | | 1 No | ombre d'exemplaires | Insertion de | e l'entête |
| 12/06/2017 23 | Impression | Description | Cotation | Base sécurité sociale | Montant des honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | | |

Le devis fini, vous pouvez

⇒L'imprimer

Choisir d'insérer ou non l'entête

Choisir le nombre d'exemplaires à imprimer

Un clic droit sur l'icône imprimante donne un aperçu du devis avant impression

| | exte | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|--|--|---|--|
| chier | | | | | | | | | | |
| réer un Pd | f Deporter Tablette | | | | | | | | | (Inprime |
| | | | | | | | | | | |
| identif identif "Ar 00 N" de | DEVIS PC Ce devise ed la Soltion du chiurgen dentide trabart: Doctar Marchan de la Sub01347883 Ad0LA TRAITE a seruban (A4, FINE SS ou SRET) | NUR LE S TRAITEMEN Insprétér du patient ou de r Ninon CRE MONINI du cebinet ou de l'établissem | ITSETACTES (les soins à tarifs o son représentant ent) : 1 BD FRANC | BUCCO-DEN pposables ne s légal: La commi OIS SUAREZ | TAIRE S FAISJ at pas compris o unication de ce d LE ROND POI | MT L'OBJE lans ce devis) ocument à un t Date de l Duries de VT Identificat Nom et pr Date de n N° de séc 4 aventir | T D'UNE ENTER établissement du c validéé du devis : é on du pelleré finam : alssance : ét unté sociale de l'az unté sociale de l'az | NTE DIRECTE seule responsabilité sevis: 12/05/2017 5 moia - sauré : | | |
| A nim Adres Tel : Nom c Rèfén | ple par famme is obtailed souhuite envoyer or exploration of the source of the source of the source is forganisme complementaire : ALMERY'S ence dossier: () is researce par forganisme of A fissue du taitement et sur voire demande, | i devia à son organisme o N° de cont omplémentaire) Il vous sera remis une dé | rat ou d'adhérent Lieu de claration de confor Description | fabrication du mité ¹ du dispos on précise et | Sapositf midic Ef médical (* détaillée des i | document rem | partourieres : eur D in pil par le fabricant | on III III III III III III III III III I | t sous sa seule re | sponsabilité) |
| A rem Adres Tel.: Non: c Röffen | piñ par Tanaca V atalici Sociales envoyer ca de l'Espacie les de l'Espacie les de l'Espacie les de l'Espacie les de l'Espacie les de l'Espace les de l'Espace les de l'Espace Nature de l'acte | i devis à son organisme d N° de cont omplémentaire) Il vous sens remis une dé Matérisuor utilisés | complementaire : nat ou d'adhievet : Lieu de claration de conte Descriptio Cotation NGAP ou ade non Insiade Dalgatoire | labrication du mbé' du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure* | dispositif médic dif médical (* détaillée des : (61) Mertant des prestations de soins | document rem cles (B2) Charges de structure | pi par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | on C 37 suit requeses ou son mandotoire e (D) Base de remboursement de LAssurance Maladie Obligatoire | (E=C-D) (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Matade Obligatore | sponsabilité) Reisservé à forganisme compilementaire |
| A nem Adres Tel. : Nom (Röffen / / | off par Tauxal & a table ci lochaté entoyer ca o de fassaré la forpeniese complémenters - a full.EPCF. Ence douser (à museurer par forpeniese c A fasure du talement et sur voire demande, Nature de l'aude Etude des mouloges et des rados | n devis à son organisme c N° de com omplémentaire) Il vous son remis une dé Matériaux utilisés | complémentaire : nat ou d'adhément : Lieu de deration de confer Descriptin Cotation NGAP ou adie non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatione TO15 | labrication da mité* da dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical au médical au | dispositif médic dif médical (* (61) Mentant des prestations de soins | Department rem actes (B2) Charges de structure | pi par le fabricant (C=A+B1+B2) lifortant des honoraires 0.80 | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,255 | t sous sa seule re (E=C-D) Montast non remboursable par / Assurable Disjatoire -32.25 | Réservé à forganisme complementaire |
| A nem Adres Tel.: Nom c Robier | of par Taxak III othick III oblaktis envyer ca of Flassel III organises complementare ALIERY'S and oblaktir (III immediate par forganisme ca of doubler (III immediate par forganisme ca of doubler (III immediate par forganisme of the case of the case of the case of the case Nature de Flaste Efford des manages et des radios Effords de l'arceire | n devis à son organisme d N° de com omplémentaire) I vous sens remis une dé Matèriaux utilisés | complimentaire : nat ou d'adhérent : Lieu de claration de combre Descriptin Cotation NGAP ou ade nan- remboursable par Masicano Maisde Obligatoire TO15 TO45 | fabrication du mité' du dispos on précise et (A) Proc de vente du dispositif médical sur mesure " | dispositif médical (* 66 médical (* 66 médical (* 66 médical (* 66 médical (* 66 médical (* 80 médical (* 80 médical (* 80 médical (* 80 médical (* 80 médical (* 80 médical (* 66 médic | Departors document rem actes (B2) Charges de structure | pi per le fabricant (C=A+81+82) Montant des honoraires 0.00 0.00 | (D) Base de rentoursennt de l'Assurance Maladie Obligatoire 96,75 96,75 | t sous sa seule re (E=C-D) Montant non remboursable par /Assurance Italada Obligatoire -36,75 -96,75 | sponsobilité) Reisservé à forganisme complementaire |
| A nem Adres Tel: Nom c Roter | of par Tanaka it adhict indukte enviror as do forsenite complementers. ALLRY'S do togenetic environmenter and the second second of the second A. Reuse du tablement et sur votre demande, Nature de Tacte Tabune de Tacte Tabune de Tacte Choide des movilages et des radios Milles du l'asensaire A fa du l'asensaire Part de l'asensaire Par | e devis à son organisme d N° de cont ongelementaire) Il vous son remis une dé Matériace utilisés | complimentaire : nat ou d'adhérent : Lieu de claration de conter Description Cetation MGAP Ou ade non Misisión Obligatione TO15 TO45 TO45 | fabrication du mité' du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure ' | Saposiéf médic Ef nédical (* détailée des a (81) Mentant des prestations de soins | Depuetors af : document rem socios (B2) Charges de structure | pi par le fabricant pi par le fabricant (C=A+81+82) Montant des honoraires 0.00 0.00 0.00 0.00 | (D) Base de remboursement Dégabaire Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligabire Stagabire | t sous sa seule re (E-C-D) Montaet nan rentoursation Disjatore Obijatore 0-32,25 -96,75 -26,75 | sponsabilité) Réservé à forganisme complementaire |
| A nem Adres Tel:s Niom c Robfern M [*] dent | of programmed in adhird-induktion memory or do 6 feature. Se forgeneous complementare AUMERCY's de conserve the second | e devia à son organisme d minimentarie Il vous sons remis une dé Matériaux utilisés | compliamentaire : nat ou d'adhément: Lieu de claration de context Descriptifi Cotation NGAP ou ade non remboursable par Lieuxanon Misiado Obligatione TO15 TO45 TO45 TO45 | fabrication da i mité* du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical ar | Saposiff midde Ef médical (* (étaillée des z (81) Montant des presiations de soins | causers al : document rem ctos (192) Charges de structure | pi per le fabricant. (C=4.481+82) Montanites 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 | Di Bisci wegetes Son mandotaire e (D) Base de remboursement Maladie Obligatoire Obligatoire 98,75 99,75 99,75 | t sous sa seule re (F=C=D) Montant non rentboursable par //asurance Mastade Obligatore -38,75 -38,75 -38,75 -38,75 | sponsobillé) Réservé á forganisme complementaire |
| A rem Adress Tet Ci 2 Nom d Rôtên | of par Tanack it athiot is holded an envoyer or or forsenite complementars. All REPO'S to forsenite complementars and LERO'S document of an analysis of the second of the second second second second second fishers during the second second second fishers during the second second second lifetime during the second second second second lifetime during the second second second second second lifetime during the second second second second second lifetime during the second seco | devis à son organisme o complementaire) Il vous sons remis une dé Matériaux utilisés | compliamentaire : nat ou d'adhément: Lieus de claration de control Description Description Catation NGAP ou ade non remboursable par l'Assumous Maiacle Maiacle Maiacle TO15 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 | labrication du mbt ⁴ du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | dispositif médic finédical (* (81) Mertant des prestations soins | Dependent Jen document Jen cites (82) Charges de structure | (C=A+B1+B2) (C=A+B1+B2) Identant des honoraites 0.00 0. | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatione 33:25 96:75 96:75 96:75 96:75 | (E=C-D) (E=C-D) Montant non remboursable par / Assurance Makele Obigatoire -36(75 -36(75 -36(75 -36(75) -36(75 | sponsobilité) Réservé à forganisme compilementaire |
| A rem Adres Tel.: Non d Roffer | pip of Fands 4 adult-2 locabile stopper of lands of fands? In Equation (and a start and a | e devis à son organisme de N° de conte organismentaire) I vous son remis une dé Matériaux utilisés | compliamentaire : nat ou d'adhément: Lieu de doration de confe Description (Cetation NGARP) ou ade aconfe par l'Assumnon par l'Assumnon Disignitorie TO15 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 | fabrication du mité* du dispos on précise de (A) Précise vette du disposit médicai sur mesure* | dispositif médic tif nédical (° dótaillée des i (61) Mentant des prestations de soins | Deputitions al : document rem scies (82) Charges de structure | pi par le fabricant. (C=A+81+82) Montant des honoraires 0.50 0.60 0.60 0.60 0.60 0.60 0.60 0.60 | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 98,75 98,75 98,75 98,75 98,75 | (E=C-D) (E=C-D) Montast non remboursable Objactore 0bjactore 00304075 -96175 -96175 -96175 -96175 -96175 -96175 | sponsabilité) Poisservé à Teogarisme complementaire |
| A rem Adres Tel: 1 Röffen | pip of park 4 solid-counsels recover of a final solid of the solid of | devis à son organisme de M' de control de c | complimentaire : nat ou d'adhieret : Lieu de doration de conte Descriptin Cotation NGAP ou adar non remboursable Obligatione TO15 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 | fabrication da mbh' da disco p prócios et (A) Prode vente da dispositi médicai sur mesure " | Saponišt mědec Ef nědcal (* (61) Merkari des preslations de soltns | Deputitions al : document rem crites (82) Charges de structure | All par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraites 0.00 | D D D D D D D D D D D D D D D D D D D | (5-C-D) Montast non remboursable Obligation 2005 | sponsobilé) Réservé à forganisme complementaire |
| A rem Adres Tel: Nom c Röffer | of a for family 4 solid-it counties mayor of a formation of the solid and the solid an | e devis à son organisme de N° de conte enceptimentaire) I vous sons remis une dé Intablisace utilisés | complimentaire : rat ou d'adhievet: Lieu de claration de contre Description (Cetation HGAP Ou aute non remboursable par / Assumous TO15 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 | fabrication du mb ² du depos on précise et du depositi médical au médical au mesure * | dispositif midic If médical (* détatilée des i (61) Mentant des predations de soins | Deputations al : document rem (82) Charges de structure | pi par le fabricant (C=A+81+82) Montant des honoraires 0.00 | (D) Base de rentbursement de l'Assurance Matade Obligatoire 32,25 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | (E-C-D) (C-C-D) (C-C-D) (Context non nemborrable par /Assurance Listade | sponsabilité) Paisservé à forganisme complementaire |
| A nem Adres Tel 2 Référ N' dent | of a pri fanak a salici charke songer of do fanak in the second s | devis à son organisme de N° de control de c | Into a d'adhinet: Lieu de destrinet: Description Cotaten MGAP Cotaten MGAP Cotaten MGAP Cotaten MGAP Cotaten MGAP Cotaten MGAP Totas Totas Totas Totas Totas Totas Totas Totas Totas Totas Totas Totas Totas Totas Totas Totas | fabrication du mb ⁴⁺ du dapos on précise et du disposit médical sur mesure* | dispositi mide Ef nédical (* détailée des : (81) Mectant das predations de sons | Dependent, tem actes (82) Charges de structure | a moumers: au D A pi par le fabricant. (C=A+81+82) libertant des honorailes 0.50 0.5 | In D Bink would get to Bink would be an | (E=C-D) (E=C-D) Montant non retricontables Usigatoria 1 Salade Obligatoria | sponsobilé) Réservé à forganisme complementaire |
| A nem Adres Tell: Non c Retrieved M ⁴ dent | of the of hands mayor of the hands mayor of the hands mayor of the hands may be the hands of the | devis à son organisme de N° de contraction de contraction de la contraction de la vois sera renis une dé Madériaux utilisés | I complementare : I casa de destrico de context Description coa adei non contexte | fabrication du a mbé ¹ du daços on précise et du dispositi médical sur médical sur mesure " | Sisposifi midic If nécical (° détailée des s (81) Mentant des prestations é soins | pepersons al : document tem scotes (02) (02) (02) (02) (02) (02) (02) (02) | pi per le fabricant pi per le fabricant (C=A+811-82) Montant des henorales 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 0,60 | (D) Base do rentboursement Osigon de L'Assurance Maladie Obligation 98,75 98,75 98,75 98,75 98,75 98,75 98,75 98,75 98,75 98,75 98,75 | (E-C-D) (E-C-D) (c-C-D | sponsobilité) |
| A nem Adres Talma Notern Notern | pit of frank a sub-Charles more of a final state of the s | dinis à son organisme c M' de cont orgalementaire) Il vous son renis une dé- Matériaux utilisés | I less de d'asthémet : Lieus de deation de content Description de content ou adar non rembourable par l'iseurance par l'iseurance TOIS | fibrication da miti ⁴ da dispos on précise et (A) da disposit da disposit mesure* | dispositif midde 67 nédical (* détaillée des . (81) Merchant dan predations de soins | Depensions document rem scies (62) Charges de structure | annumes: auf pl par le fabricant (C-A+81-85) Hostaat des henomines 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 | (D) Base de (D) Base de remitivarisement Maladie Obligatoire 32,25 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | 4 5004 50 500 50 500 50 50 50 50 50 50 50 50 5 | sponsobilité) Réservé á Forganisme compêtmentaire |
| A nem Adres Tell: Non c Retrict dent | of the of hands. A solid-it counsels exposer of a final field. The operation of the solid | devis à son organisme de N° de contraction de contraction de la contraction de la contraction la vous sen remis une dé- Manèneux utilisés | I less de complementaire : Lieux de doration de contra de doration de contra catalem NGCAS Catalem NGCAS remboursable TO15 T | Ibbrication da mbh' da dispos on précise et (A) Prix de swete du disposit médical sur mesure " | Sisposifi midic If nécical (° détailée des so (61) Mentant des pretations é soins | Departors | al novames: sui D = A al par le fabricant (C-A-RB 1-R2) (Bistant das hanorailes (SIG | Int D Int L No. (B) Base de rentoursenont C No. (B) Base de l'Assurace No. No. (B) C Solution No. (B) Solution Solution No. (B) Solution Solution No. (B) Solution Solution No. (B) Solution Solution Solution (B) Solution Solution Solution (B) Solution Solution Solution Solution | (2-C-D) (2-C-D) (0-C-D | se : sponsabilé) Réservé à l'expansine complementaire |
| A nemy Additional Tables Notern Notern | of the of hands mayor of the hands mayor of the hands may of the hands may be the hands of the h | divis à son organisme c N° de cont organismentare) Il vous sona remis une dé- Matériaux utilisés | I less de d'asthémet : Lieux de d'asthémet : Description de content destation de content ou adar non rembourable par l'isensation par l'isensation par l'isensation TOTAS | labrication da mbi ⁺ da dispos on précise et (A) Prèce avante da dispositi médicai sur mesure * | ilispositi midic If nédcal (* (81) Nectant des pressions de admis | Department sem colors (182) Charges de structure | antonimes sui D n pil par le fibricant (C-A+81-82) lobatant des holocatet des holocatet des holocatet 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 | (D) D If is (sequere) (D) D If is (sequere) | (E-C-D) (E-C-D) (C-C-D) (Context non (E-C-D) (Context non (E-C-D) (C-D | se : sponsabilité) Réservé à froganisme complémentaire |
| A dene Admen Norn Röffer Admen Röffer | of a pri passa i subci consistenza objecti de la constance estatuaria e la constance estatuaria | dinis à son organisme c M' de con organismentare) Il vous sons romis une dé Mastinisco utilisés | I less de caratives d'asthetent Lieux de contra Des criste Catalen NGAN Catalen NGAN Catalen NGAN Catalen NGAN TOIS T | Inbrication da mitté da dispos on précise et (A) Prix de vente du disposit médical sur mesure* | dapositi midic ti nedocal (* di talliéc dos (*) (*) (*) (*) (*) (*) (*) (*) (*) (*) | Dispessions af : document rem socies (82) Charges de structure | Alexandres: sel 2 Alexandres: sel 2 Alexandres: sel | UID IF Is L (sequence) | | se : sponsobilit-) Réservá à complimentare |

À partir de l'aperçu avant impression

Possibilité de visualiser le document en plus ou moins grand

| ier | | | | | | | | | | - | | | |
|------------------------------------|---|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--|-------------------------------|------|--------|---|
| | | | | | | | | | | | | | |
| arun Pdf nail | Exporter Tablette | | | | | | | | | | 100% | | |
| | | | | | | | | | | | | ^ | |
| | DE VIS POU | IR LES TRAITEMEN (| TSET ACTES les soins à tarifs o | BUCCO-DEN pposables ne so | TAIRES FAISA | NT L'OBJE ans ce devis) | T D'UNE ENTEN | TE DIRECTE | | | | | |
| Identific | ation du chirurgien-dentiste traitant : Docteur | Ninon CRE MONINI | son representant | iegai. La commu | unication de ce do | Date de l | établissement du de | evis: 12/06/2017 | | | | | |
| Identifica "A" 0634 N° de la | a di pulla di la constructure (raison sociale et adresse du 40 LA TRINITE structure (AM, FINE SS ou SIRET) ir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce e | cabinet ou de l'établisseme devis à son organisme c | ent) : 1 BD FRANC | OIS SUAREZ | LE ROND POIN | NT Identificati Nom et pr Date de n N° de séc | ion du patient énom : aissance : 0§ urité sociale de l'ass par le chirurgien-der | suré : ntiste. Description di | u traitement propos | sé : | Zoom | 100% | - |
| Adresse Tel. : | e de l'assuré: | Nî de esste | nt au d'adh ámati | | | | | | | | | 25% | |
| Référen | ice dossier :(à renseigner par l'organisme co | mplémentaire) | at ou u duiterent. | | | Chepoentone | andooneres. our di mor | i Li orour, lesquelles : | | | | 5000 | |
| | | | Lieu de 1 | fabrication du c | tispositif médica | al : | | | | | | 50% | |
| A | lissue du traitement et sur votre demande, il v | vous sera remis une déc | daration de confor | mité* du disposi | tif médical (* | document rem | pli par le fabricant o | u son mandataire e | t sous sa seule res | ponsabilité) | | 75% | |
| | | | Descriptio | on précise et | détaillée des a | ictes | | | | | | 7576 | |
| | | | Cotation NGAP | (A) Prix de vente | (B1) Montant des | (B2) Charges de | (C=A+B1+B2) Montant des | (D) Base de | (E=C-D) Montant non | Réservé à | | 100% | |
| N° dent | Nature de l'acte | Matériaux utilisés | remboursable par l'Assurance Maladie | du dispositif médical sur mesure * | prestations de soins | structure | honoraires | remboursement de l'Assurance Maladie | remboursable par l'Assurance Maladie | l'organisme complémentaire | | 150% | |
| | Etude des moulages et des radios | | TO15 | | | | 0.00 | Obligatoire 32.25 | Obligatoire -32.25 | | | 200% | |
| | Milieu du 1° semestre | - | T045 | | | | 0,00 | 96,75 | -96,75 | | | 250% | |
| | Fin du 1* semestre | | T045 | | | | 0,00 | 96,75 | -96,75 | | | 200 /0 | |
| | Mileu du 2° semestre | | T045 | | | | 0,00 | 96,75 | -96,75 | | | 300% | |
| | Milieu du 3° semestre | - | T045 | | | | 0,00 | 96,75 | -96.75 | | | 40004 | |
| | Fin du 3° semestre | | T045 | | | | 0,00 | 96,75 | -96,75 | | | 400% | |
| | Milieu du 4° semestre | | T045 | | | | 0,00 | 96,75 | -96,75 | | | | |
| | Fin du 4° semestre | | T045 | | | | 0,00 | 96,75 | -96,75 | | | | |
| | Fin du 5° semestre | _ | T045 | | | | 0,00 | 96,75 | -90,75 | | | | |
| | Milieu du 6° semestre | | T045 | | | | 0,00 | 96,75 | -96,75 | | | | |
| | Fin du 6° semestre | | TO45 | | | | 0,00 | 96,75 | -96,75 | | | | |
| | | | T075 | | | | 0,00 | 161,25 | -161,25 | | | | |
| | Contention 1° annee | | | | | | 0.001 | 107 50 | -107.501 | | | | |
| | Contention 1° année Contention 2° année | | TO50 | | | | 0,00 | 4 400,00 | 0.00 | | | | |
| | Contention 1° annee Contention 2° année TOTAL | | TO50 | | | | 0,00 | 1 462,00 | 0,00 | | | | |
| | Contention 1° année Contention 2° année TOTAL | | TO50 | | | | 0,00 | 1 462,00 | 0,00 | | | | |

À partir de l'aperçu avant impression ⇒Possibilité d'envoyer le devis par mail

| V Documents | | 7. | | The A sequence | - | | - | | | | | × |
|----------------|------------|---|-----------------------------|--|--------------------|---------------------|--------------|--------------|---------------------------------------|-------------------|----------------------|----------|
| Fichier | | Créer un email | Exporte | er Tablette | | | | | Zoom 100 | % | (mprimer | • |
| | | | Z | | | | | | | | | 1 |
| devis er | n n | nièce | Ċ | Quitter 💾 Enregistrer | Envoyer mainten | ant Placer dans | s nvoi | | J. | Glossaire 🖉 Jo | oindre un ocument | Imprimer |
| | ' r | DEVIS POU | Sujet : | F | | D. 00514041744 | | | | | | (|
| inte sero | | Ce devis est la prop hatologiste traitant : Do 347698 | teur I À : | | | e : Dr CREMONINI NI | 10n < | @wanadoo.tr> | ander une confir er dans le dossie | mation de lecture | | |
| tomatiau | en | nent | cabine Copie : | | | | | Cachés : | | | | |
| format | DN | ci souhaite envoyer œ | | | EΩ岩 馈 | Source | nat - Police | • Taille • | Δ - ^{at} ∕/- | Piè | ces jointes | (77 ko) |
| Tormat | ΓL | entaire : AG2R/PREVC | YANC nplém | T and 🔥 3 | | | | , and | <u>д, т</u> , | | ĝ mr | -1.p |
| | A l'is | sue du traitement et sur votre demande, il vo | Docteur N s sert BD FRAN | Ninon CREMONINI ICOIS SUAREZ LE ROND POIN | T "A" | | | | | | | |
| | | | 06340 LA T | TRINITE 3.38. | | | | | | | | |
| | N° dent | Nature de l'acte | Ма | | | | | | | | | |
| | | Etude des moulages et des Radios | - | | | | | | | | | |
| | | Milieu du 1° semestre | + | | | | | | | | | |
| | | Fin du 1° semestre | | | | | | | | | | |
| | | Milieu du 2° semestre | | | | | | | | | | |
| | | Fin du 2° semestre | | | | | | | | | | |
| | | Milieu du 3° semestre | | | | | | | | + | Ajouter | |
| | | Fin du 3° semestre | | | | | | | | | - | |

L'adresse mail renseignée dans la fiche du patient sera automatiquement récupérée

À partir de l'aperçu avant impression ⇒Possibilité de l'enregistrer au format PDF ⇒Que l'on pourra conserver dans un dossier

| Por | 📮 🚊 | | | | | | | | | | 100 |
|--|---|--|--|--|---|---|---|--|---|---|--------|
| Pdf | f Exporter Tablette | | | | | | | | | Imprime | r • |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | DEVIS PO | UR LES TRAITEMEN | ITSET ACTES | BUCCO-DEN | TAIRE S FAISA | NT L'OBJE | T D'UNE ENTEN | ITE DIRECTE | | | |
| | | (| (les soins à tarifs o | pposables ne se | ont pas compris d | ans ce devis) | | | | | |
| | Ce devis est la | propriété du patient ou de | son représentant | légal. La commi | inication de ce do | ocument à un t | iers se fait sous sa | seule responsabilité | | | |
| Identifi | ication du chirurgien-dentiste traitant : Docteu | Ir Ninon CRE MONINI | | - | | Date de l | établissement du c | levis: 12/06/2017 | | | |
| Identifi | ant du praticien : 10001347698 | du enhinet au de l'établissem | | | | Durée de | validite du devis : 6 | i mois | | | |
| "A" 06 | 340 LA TRINITE | du cabine, ou de relabilisseria | eng. TOOTRANC | JOIS SUAREZ | LE ROND FOR | Nom et pr | rénom ; | | | | |
| N° de l | la structure (AM, FINE SS ou SIRET) | | | | | Date de n | aissance : 09 | - | | | |
| | | a davia à cas amaniama a | amplám antaira : | | | N° de sec | cunte sociale de l'as | sure: | u traitement prope | | |
| A 100.000 | | e devis a soli didadistile c | Junipiennenitaire. | | | I A lempin | par le ciliurgien-de | muste. Description d | u naitement propu | SC. | |
| A remp Adress | se de l'assuré: | | | | | | | | | | |
| A remp Adress Tel. : | par l'assuré si celui-ci sounaite envoyer ce se de l'assuré; | | | | | | | | | | |
| A remp Adress Tel. : Nom d | par par rassuré si celui-ci sounaite envoyer ci se de l'assuré: le l'organisme complémentaire : ALMERYS | N° de contr | rat ou d'adhérent: | | | Dispositions | particulières : oul 🗆 n | on 🗆 Si out, lesquelles ' | ? | | |
| A remp Adress Tel. : Nom d Référe | plin par l'assuré si celui-ci sounaite envoyer cr se de l'assuré: le l'organisme complémentaire : ALMERYS ance dossier : (à renseigner par l'organisme c | N° de contr complémentaire) | rat ou d'adhérent: | | | Dispositions | particulières : oui 🗆 n | on 🗆 Si qui, lesquelles : | ? | | |
| A remp Adress Tel.: Nom d Référe | pin par rassure si celui-ci sounaite envoyer ci se de rassuré: le forganisme complémentaire : ALMERYS ance dossier : (à renseigner par l'organisme c | N° de contr complémentaire) | rat ou d'adhérent: Lieu de | fabrication du | lispositif médica | Dispositions ; | particulières : oul 🗆 n | on 🗆 Si out, lesquelles ' | ? | | |
| A remp Adress Tel. : Nom d Référe | par par lassure se centrela souraite envoyer cr se de lassure le forganisme complémentaire : ALMERYS ance dossier : (à renseigner par forganisme c A fissue du traitement et sur votre demande, | N° de contr complémentaire) il vous sera remis une déc | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confor | fabrication du rmité* du dispos | lispositif médica | Dispositions ; al : document rem | particulières : oul ⊡ n pli par le fabricant | on 🗆 Si out, lesquelles ' ou son mandataire e | ? et sous sa seule re | sponsabilité) | |
| A remp Adress Tel. : Nom d Référe | par par fassure s deuu-a sounaite envoyer or e de fassuré: le forganisme complémentaire : ALMERYS note dossier : (à renseigner par forganisme o A fissue du traitement et sur votre demande, | Nº de contr complémentaire) il vous sera remis une déc | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confor | fabrication du o rmité* du dispos | lispositif médica tif médical (*) | Dispositions ; al : document rem | particultères : oul ⊡ n pli par le fabricant | on 🗆 Si out, lesquelles ou son mandataire e | ? It sous sa seule re | sponsabilité) | |
| A remp Adress Tel. : Nom d Référe | par par lassine so deur-a sounaite envoyer e de l'assuré: le forganisme complémentaire : ALMERYS since dossier : (à renseigner par forganisme c A l'assue du traitement et sur votre demande, | Nº de contr complémentaire) il vous sera remis une déc | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confor Descriptio I Cotation NGAP | fabrication du o rmité* du dispos on précise et (A) | lispositif médica tif médical (*. détaillée des a (B1) | Dispositions p document remp ictes (B2) | particulières : oui D n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) | on D Slout, lesquelles ou son mandataire e (D) | ? et sous sa seule re (E=C-D) | sponsabilité) | |
| A remp Adress Tel. : Nom d Référe | pir par l'assure si deurci souraite envoyer or de d'assuré: le forganisme complémentaire : ALIMERYS noe dossier : (à renseigner par l'organisme c A fissue du traitement et sur votre demande, | N° de contr complémentaire) il vous sera remis une déc | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confor Descriptio Cotation NGAP ou acte non | fabrication du o rmité* du dispos on précise et (A) Prix de vente | lispositif médica tif médical (*. détaillée des a (B1) Montant des | Dispositions ; document rem ictes (B2) Charges de | particulières : oui D n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des | on D SI out, lesquelles ou son mandataire e (D) Base de | ? et sous sa seule re (E=C-D) Montant non | sponsabilité) Réservé à | |
| A remp Adress Tel. : Nom d Référe | par par l'assure si deui-ca sonnaite envoyer cr es de fassuré: le forganisme complémentaire : ALIMERYS nice dossier :(à renseigner par forganisme c A fissue du traitement et sur votre demande, Nature de facte | Nº de contr complémentaire) Il vous sera remis une déc Matériaux utilisés | Lieu de Claration de confor Descriptio Cotation NGAP ou acte non remboursable | fabrication du rmité* du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur | lispositif médica tif médical (* détaillée des a (B1) Montant des prestations de snins | Dispositions ; document rem ictes (B2) Charges de structure | particulières : oui D n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | on Si out, lesquelles ou son mandataire e (D) Base de remboursement de 16 ssrance | ? (E=C-D) Montant non remboursable | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | |
| A remp Adress Tel. : Nom d Référe | In par lassure si deur-insolnate envoyer of de l'assuré. le forganisme complémentaire : ALMERYS nice dossier :(à renseigner par forganisme c A fissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte | N ^a de contr complémentaire) Il vous sera remis une déc Matériaux utilisés | Lieu de claration de confor Descriptie Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie | fabrication du d rmité* du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure * | lispositif médica tif médical (* détaillée des as (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions ; document rem ictes (B2) Charges de structure | particulières : ou D n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | (D) Base de remboursement de fAssurance Maladie | ? (E=C-D) Montant non remboursable par f/Assurance Maladie | sponsabilité) Réservé à l'organisme complémentaire | |
| A remp Adress Tel.: Nom d Référe | par par l'assuré si deuir-a sontaite envoyer or de d'assuré. le forganisme complémentaire : ALIMERYS noe d'ossier (à renasigner par forganisme c A fissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte | N [*] de contr complémentaire) Il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | rat ou d'adhérent: Lieu de daration de confor Descriptir Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire | fabrication du o rmité* du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure * | dispositif médica tif médical (* détaillée des a (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions ; document rem (Ctes (B2) Charges de structure | particulières: ou 🗆 n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire | ? (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire | sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | |
| A remp Adress Tel.: Nom d Référe | par par l'assure si deuiz-a sonaate envoyer or es de fassuré: le forganisme complémentaire : ALIMERYS note dossier :(à renseigner par l'organisme c A fissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des radios | N ⁴ de contr complémentaire) Il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | Lieu de daration de confor Descriptin Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire TO15 | fabrication du or mité* du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure * | lispositif médical (* . détaillée des as a (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions ; document rem ictes (B2) Charges de structure | particulteres : oul in n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 | (D) Stout lesquelles ou son mandataire e (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,25 32,25 | ? (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire -32,25 | sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | |
| A remp Adress Tel.: Nom d Référe | In par lassure si deur-insolnate envoyer or de of lassure. le forganisme compérentaire : ALMERYS note dossier : (à renseigner par l'organisme o A fissue du traitement et sur votre demande, Nature de facte Etude des moulages et des rados Milieu du 1° semestre En du 16 remestre | N ⁴ de contr complémentaire) Il vous sera remis une déc Matériaux utilisés | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confor Descriptii Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire TO15 TO45 | fabrication du mité* du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sir mesure* | lispositif médica tif médical (* 1 détaillée des a (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions ; document rem; ictes (B2) Charges de structure | particulteres: oul pii par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 | (D) Base de remboursement de fAssurance Maladie Obligatoire 32,25 96,75 06,77 | ? (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire -32,25 -96,75 | sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | |
| A remp Adress Tel.: Nom d Référe | In par lassure si delui-a sontaite envoyer de e de fassuré. le forganisme complémentaire : ALIMERYS noe dossier (à renseigner par forganisme c A fissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des rados Milieu du 1° semestre Fin du 1° semestre | N [*] de contr complémentaire) Il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | Lieu de claration de confor Descriptin Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire TO15 TO45 TO45 | fabrication du rmité* du dispos on précise et (À) Prix de vente du dispositif médical sur mesure* | lispositif médica (* détaillée des ao (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions ; document rem inctes (B2) Charges de structure | particulteres: oul in n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,25 96,75 96,75 | ? (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire -32,25 -96,75 -96,75 | sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | |
| A remg Adress Tel.: Nom d Référe | e forganisme complémentaire : ALMERYS e forganisme complémentaire : ALMERYS note dossier : (à renseigner par l'organisme c A l'issue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des rados Milieu du 11° semestre Fin du 11° semestre Milieu du 21° semestre Etude du 21° semestre | N° de contr complémentaire) Il vous sera remis une déc Matériaux utilisés | Lieu de daration de confor Descriptin Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire Ti015 Ti045 Ti045 Ti045 | fabrication du mité* du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mésure* | lispositif médica tifmédical (* détaillée des a (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions ; document rem ictes (B2) Charges de structure | particultères: ou □ n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 | In Stout lesquelles (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,25 36,75 96,75 96,75 96,75 | ? (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire -32,25 -96,75 -96,75 -96,75 | sponsabilité) Réservé à l'organisme complémentaire | |
| A rems Adress Tel.: Nom d Référe | e de fassuré : de d'assuré : le forganisme complémentaire : ALMERYS noe dossier : (à renseigner par l'organisme c A fissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des rados Mileu du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 2° semestre Fin du 2° semestre Fin du 2° semestre Fin du 2° semestre | N ⁴ de contr complémentaire) Il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | Lieu de daration de confor Descriptiu Cotation NGAP ou acte non remboursable Doligatoire T015 T045 T045 T045 T045 | fabrication du d rmité* du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure* | fispositif médica tifmédical (* détaillée des a (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions (document rem) (ctes (82) Charges de structure | pi ritoulières : oui D n pii par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 | an □ Siout lesquelles (D) Base de rembarsement de l Assurance Maladie Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire Sign 75 96,75 96,75 96,75 | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par / Assurance Maladele Obligate - 32,25 - 96,75 - 96,75 - 96,75 - 96,75 - 96,75 | sponsabilité) Réservé à rorganisme complémentaire | |
| A rems A dress Tel. : Nom d Référe | e forganisme complémentaire : ALMERYS de l'assué: le forganisme complémentaire : ALMERYS nœ dossier : (à renseigner par forganisme c l'issue du traitement et sur votre demande, l'assue du traitement et sur votre demande, l'issue du traitemen | N° de contr complémentaire) | tat ou d'adhérent: Lieu de claration de confor Descriptin Cotation NGAP ou acte non remboursable Maladie Obligatoire TO15 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 | fabrication du mité* du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sir mésure * | lispositif médical (*) tif médical (*) détaillée des a (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions ; al : document rem; document rem; (B2) Charges de structure | pi par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 | (D) Siout lesquelles (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurable Obligatoire Obligatoire -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | |
| A rems Adress Tel.: Nom d Référe A N° dent | e de fasuré : le forganisme complémentaire : ALMERYS note dossier : (à renseigner par forganisme c A fissue du traitement et sur votre demande, Nature de facte Etude des moulages et des rados Mileu du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 2° semestre Fin du 2° semestre Fin du 3° semestre | N ⁴ de contr complémentaire) Il vous sera remis une déc Matériaux utilisés | Lieu de daration de confor Descriptif Cotation NGAP rembursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T015 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 | fabrication du « mité* du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure* | ispositif médical (* tif médical (* détailée des a (61) Montant des prestations de soins | Dispositions ; document rem ictes (B2) Charges de structure | pi par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 | (0) Si out, lesquelles (0) Base de remboursement de fAssurance Maladie Obligatoire 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par fAssurance Maladie Obligatoire -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | |
| A rems Adress Tel. : Nom d Référe A dent | By Part Tassule is detuct-a solvatate envoyer of de l'assule: e forganisme complémentaire : ALMERYS e de l'assule: Ince dossier (à renseigner par forganisme of Insue du traitement et sur votre demande, Insue du d' semestre Fin du 3' semestre Infin du 4' semest | N° de contr complémentaire) | Lieu de claration de confer Descriptifi Cotation NSAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obigatoire T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 | fabrication du mité* du dispos on précise et (Å) Pric de verte du dispositi médical sur médical sur mésure * | ispositif médical (*. lifmédical (*. (61) Montantdes prestations de sons | Dispositions ; document rem; (ctes (B2) Charges de structure | pi flouiteres: oul D n pii par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 | (D) Si out, lesquelles (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatore 05/96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par fAssurance Maladie Obligatoire 0-32,255 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 | sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | |
| A rems Adress Tel. : Nom d Référe A N° dent | Born assure is desure solutions envoyer of e forganisme complementaire : ALMERYS note dossier : (à renseigner par forganisme of Arissue du traitement et sur votre demande, Nature de facte Etude des moulages et des rados Mileu du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 2' semestre Fin du 2' semestre Fin du 2' semestre Fin du 3' semestre Fin du 4' semestre fin du | N° de contr complémentaire) Il vous sera remis une déc Matériaux utilisés | Lieu de daration de confor Descriptif Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T015 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T04 | fabrication du dispos mité du dispos (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | dispositif médical (* lif médical (* (81) Montant des prestations de soins | Dispositions ; document rem; (62) (62) (52) (52) (52) | particulières: ou □ n pii par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 | (0) Si out, lesquelles (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire -32,25 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 | sponsabilité) Réservé à lorganisme complémentaire | |
| A rems Adress Tel.: Nom d Référe | Born assure is desur-a souraite envoyer of e forganisme complémentaire : ALMERYS noe dossier : (à renseigner par l'organisme of A l'issue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Mileu du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 1° semestre Mileu du 2° semestre Mileu du 2° semestre Mileu du 3° semestre Mileu du 5° semestre | N° de contr complémentaire) | Lieu de daration de confor Descriptiv Cotation NSAP ou acte non remboursable par l'Assurance Malacitorie TO15 TO15 TO15 TO15 TO15 TO15 TO15 TO15 | fabrication du mité* du dispos on précise et (A) A Prix de verte du dispositif médical sur mesure* | ilspositif médica (f médica) (* 1 (61) Montant des presisions é sons | Dispositions ; document rem; (62) Charges de structure | pil par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 | (D) (B) | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par //assurance Obligatoire Obligatoire | sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | |
| A rems Adress Tel. : Nom d Référe dent | By Par Tassule is detuct-solvate envoyer of de Classue". e forganisme complémentaire : ALMERYS note dossier (à renseigner par l'organisme c Arissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des rados Mileu du 1° semestre Mileu du 1° semestre Mileu du 2° semestre Mileu du 3° semestre Fin du 3° semestre Mileu du 3° semestre Fin du 3° semestre Mileu du 4° semestre Fin du 5° semestre Mileu du 5° semest | N° de contr complémentaire) | Lieu de daration de confor Descriptif. Cotation NSAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 | fabrication du dispos mité du dispos (A) Prix de vente du dispostif médical sur mesure * | dispositif médical (* lif médical (*) (81) Montant des prestations de sons | Dispositions ; document rem, icctes (B2) Charges de structure | anticultères: ou □ n pii par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,000 0,00 | (D) Siout issqueites (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 98,75 996,75 996,75 966,75 966,75 966,75 966,75 966,75 966,75 | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par / Assurance Maladie Obligatoire - 98, 75 - 98, 75 | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | |
| A rems Adress Tell : Nom d Référe A dent | Born assure is detuct-insolutate envoyer of e forganisme complémentaire : ALMERYS note dossier : (à reinseigner par l'organisme of Nature de l'acte Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Mieu du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 5° semestre Mieu du 6° semestre | N ⁴ de contr complémentaire) Il vous sera remis une déc Matériaux utilisés | Lieu de daration de conten Descriptifi Cotation NSAP ou acte non remboursable par Asautie Deligatoire Obligatoire Obligatoire Obligatoire T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 | fabrication du mité' du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure* | ilspositif médical (* 1 dítmédical (* 1 (81) Montant des presiations de soons | Dispositions ; al : document rem; (Ctes (82) Charges de structure | particultères: eul D n pil par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 | C) Si out lesquelles C) Base den rembase den rembase den de Delaserance Maladie Obligatoire Obligatoire Si out lesquelles Si out lesquelles de delaserance delaserance de delaserance de delaserance dela | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par Maladie Obligatoire 0-32,25 -96,7 | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | |
| A reing Adress Tel.: Nom d Référe dent | By Par Tassule is detuct-solvate envoyer of ord fassule is defassule is defassule. Is of complementaire : ALMERYS is note dossier (à renseigner par forganisme or a fasse du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Issue du traitement et sur votre demande, Issue du traitemen | N° de contr complémentaire) | tieu d'adhérent: Lieu de daration de confor Descriptif Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T045 | fabrication du umté' du dispos on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | ispositi médical (* lí médical (*) (81) Montant des prestations de sons | Dispositions ; al : document remp (ctes (82) Charges de structure | pi par lie fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 | (D) Si out lesquelles (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,25 96,75 | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire - 32,25 - 96,75 - 96,75 | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | |
| A reimp Adress Tel.: Nom d Référe dent | Born assure is desur-anomate envoyer of Bornamisme complementaire : ALMERYS note dossier : (à renseigner par l'organisme of Nature de l'acte Nature de l'acte Etude das moulages et des rados Mileu du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 2° semestre Fin du 2° semestre Fin du 3° semestre Fin du 6° semestre Contention 2° année Contention 2° année | N° de contr complémentaire) | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confor Descriptif. (Cotation NGAP ou acte non remboursable par f Assurance Maladie Obligatoire TO15 TO45 TO50 TO50 TO50 TO50 TO50 TO50 TO50 TO50 TO50 | fabrication du dispos | dispositif médical (* tif médical (* (81) Montant des prestations de soins | Disposition s ; al : document remp (E2S) Charges de structure | pi par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 | (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 96,75 | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire -32,28 -96,75 - | sponsabilité) Réservé à lorganisme complémentaire | |

À partir de l'aperçu avant impression ⇒Possibilité de l'exporter

| nier | | | | | | | | | | 1 | | |
|--------------------------|--|--|--|---|--|--|--|---|---|--|------|----|
| ier un mail | R Exporter Tablette | | | | | | | | | Imprime | 100% | 0 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | ۱. |
| | | | | | | | | | | | | Ľ |
| | | | ITSET ACTES | | TAIDESEAISA | NT L'OR IE | | | | | | L |
| | DE VIS PC | OR LES TRAITEMEN | (les soins à tarifs d | pposables ne so | ont pas compris d | ans œ devis) | | TE DIRECTE | | | | L |
| _ | Condensis and In | | | 14 1 | | | | | | | | U. |
| Ide | Ce devis est la entification du chinurgien dentiste traitant : Docteu | propriete du patient ou de Ir Ninon CRE MONINI | e son representant | legal. La commu | inication de ce do | Date de l | iers se tait sous sa établissement du c | seule responsabilite levis: 12/06/2017 | | | | Ш |
| Ide | entifiant du praticien : 10001347698 | | | | | Durée de | validité du devis : (| mois | | | | ы |
| lde | entification de la structure (raison sociale et adresse | du cabinet ou de l'établissem | ent): 1 BD FRANC | COIS SUAREZ | LE ROND POIN | IT Identificat | ion du patient | | | | | ы |
| N° | de la structure (AM_FINESS ou SIRET) | | | | | Date de n | enom: aissance:09 | - | | | | ы |
| !" | de la diladale (All, Fine de da birte F) | | | | | N° de séc | urité sociale de l'as | suré : | | | | ы |
| A | remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ci | e devis à son organisme c | complémentaire : | | | A remplir | par le chirurgien-de | entiste. Description d | u traitement propo | osé : | | ы |
| ~ | | | | | | | | | | | | |
| Ã | dresse de l'assuré: | | | | | | | | | | | |
| Ac | dresse de l'assuré: al. : an de l'organisme complémentaire : ALMERVS | N° de cont | rat ou d'adhérent: | | | Discositions | na rflouilàras : oui 🗖 🛛 n | on El Si qui lesquelles " | , | | | L |
| Ac Te No | dresse de l'assuré: al. : om de l'organisme complémentaire : ALMERYS éférence dossier : (à renseigner par l'organisme c | N° de conti complémentaire) | rat ou d'adhérent: | | | Dispositions | particulières : oui 🗆 🛛 n | on 🗆 Si ou I, lesquelles | 2 | | | l |
| A Te No Ré | dresse de l'assuré: al. : om de l'organisme complémentaire : ALMERYS éférence dossier :(à renseigner par l'organisme c | N° de conti complémentaire) | rat ou d'adhérent: | | | Dispositions | particulières : oui 🗆 🛛 n | on 🗆 Si ou i, lesquelles | ? | | | l |
| Ac Te No Ré | dresse de l'assuré: al. : mo de l'organisme complémentaire : ALMERYS férence dossier : (à renseigner par l'organisme d | N° de conti complémentaire) | rat ou d'adhérent: Lieu de | fabrication du d | dispositif médica | Disposition 6 | particulières : oui 🗆 n | on 🗆 SI ou I, lesquelles | ? | | | l |
| Ac Te No Ré | dresse de l'assuré: il : m de l'organisme complémentaire : ALMERYS férence dossier : (à renseigner par l'organisme c A l'issue du traitement et sur votre demande, | N° de contr complémentaire) il vous sera remis une dér | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confo | fabrication du c rmité* du disposi | lispositif médic a tif médical (* | Dispositions al : document rem | particullères : cul □ n pli par le fabricant | on D Stout, lesquelles ou son mandataire e | ? t sous sa seule re | sponsabilité) | | |
| Ac Te Nc Ré | dresse de fassuré: 1. In de forganisme complémentaire : ALMERYS férence dossier : (à renseigner par forganisme o A fissue du traitement et sur votre demande, | N° de contr complémentaire) il vous sera remis une dér | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confo Descripti | fabrication du o rmité* du disposi on précise et | lispositif médica tif médical (* détaillée des a | Dispositions al : document rem | particulières : oul ⊡ n pli par le fabricant | on 🗆 Si out, lesquelles ou son mandataire e | ? It sous sa seule re | sponsabilíté) | | |
| Ac Te Nc Ré | dresse de fassuré: 8. : 9. : | N° de contr complémentaire) il vous sera remis une dér | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confo Descripti Cotation NGAP | fabrication du c mité* du disposi on précise et (A) | lispositif médica tif médical (* détaillée des a (B1) | Dispositions al : document rem ictes (B2) | particullères : oul □ n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) | on D Stout, lesquelles ou son mandataire e (D) | ? t sous sa seule re (E=C-D) | sponsabilité) | | |
| Ac Te Nc | dresse de Tassuré: 1. 2. 3. 5 férence dossier : (à renseigner par forganisme co A físsue du traitement et sur votre demande, | Nª de contr complémentaire) il vous sera remis une dér | Lieu de Lieu de claration de confor Descriptin Cotation NGAP ou acte non | fabrication du c mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente | lispositif médica tif médical (* détaillée des a (B1) Montant des | Dispositions document rem ictes (B2) Charges de | particulières : oui 🗆 n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des | on D Stout, lesquelles ou son mandataire e (D) Base de | t sous sa seule re (E=C-D) Montant non | sponsabilité) Réservé à | | |
| Ac Te Nc Ré | Aresse de l'assuré: Al conganisme complémentaire : ALMERYS férence dossier : (à renseigner par l'organisme c A l'issue du traitement et sur votre demande, | Nª de contr complémentaire) il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | Lieu de claration de confor Descriptir Cotation NGAP ou acte non remboursable | fabrication du o rmité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur | dispositif médica tif médical (* détaillée des a (B1) Montant des prestations de scrite | Dispositions document rem inctes (B2) Charges de structure | particulières : ou D n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | on Stout, lesquelles ou son mandataire e (D) Base de remboursement de 16 servance | t sous sa seule re (E=C-D) Montant non remboursable | sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | | |
| Ac Te No Ré | Aresse de Tassuré: N: m de forganisme complémentaire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par forganisme of A l'issue du traitement et sur votre demande, N* N* Internet Nature de l'acte | N ⁴ de cont complémentaire) Il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de claration de confo Descriptio Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie | fabrication du o mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure * | lispositif médica tif médical (*) détaillée des a (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions document rem inctes (B2) Charges de structure | particulières : oui D n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | on D Stout, lesquelles ou son mandataire e (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie | r (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | | |
| A A Te No Ré | Arisse de fassuré: N: m de forganisme complémentaire : ALMERYS Sférence dossier : (à renseigner par forganisme o A fissue du traitement et sur votre demande, N* Nent Nature de facte | N ⁴ de contr complémentaire) Il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de claration de confo Descripti Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire | fabrication du o mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure * | tispositif médica tifmédical (* 1 détaillée des a (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions document rem inctes (B2) Charges de structure | particulières : ou D n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | on D SI out, lesquelles ou son mandataire e (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire | r (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire | sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | | |
| A A A Te No. Ré | A fissue du traitement aire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par l'organisme co A fissue du traitement et sur votre demande, N ⁴ Nature de l'acte Etude des moulages et des radios | N [*] de contr complémentaire) il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de claration de confo Descripti Cotation NGAP ou ade non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire TO15 | fabrication du c rmité* du disposi on précise et (A) Proc de vente du dispositi médical sur mesure* | lispositif médica tifmédical (* détaillée des a (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions (document rem inctes (B2) Charges de structure | particulières : ou D n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,25 | r (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire -32,25 | sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | | |
| A Tra Nc Ré | Aresse de fassuré: N: m de forçanisme complémentaire : ALMERYS férence dossier :(à renseigner par forganisme o A fissue du traitement et sur votre demande, N* Net Nature de facte Etude des moulages et des radios Milieu du 1* semestre | N° de contr complémentaire) Il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confoi Descripti Cotation NGAP ou ade non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire TO15 TO45 | fabrication du c mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure* | dispositif médical (* . tif médical (* . (61) Montant des prestations de soins | Dispositions document rem ictes (B2) Charges de structure | pi par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 | (D) Base de remboursement de fAssurance Maladie Obligatoire 32,25 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire -32,25 -96,75 | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | | |
| | Area of assuré: Alternation of the second of the | N° de contr complémentaire) il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confo Descripti Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire TO15 TO45 TO45 TO45 | fabrication du or mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure* | dispositif médical (* tif médical (* détaillée des a (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions document rem (Ctes (B2) Charges de structure | particulières : ou | OD Stout lesquettes Ou son mandataire e (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,25 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire 32,25 96,75 96,75 | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | | |
| | A rissue du traitement aire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par l'organisme co A rissue du traitement et sur votre demande, N* Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1's emestre Fin du 1's emestre Hillieu du 2's emestre Etude 2's esserte | N° de contr complémentaire) | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confo Descripti- Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Obligatoire T015 T045 T045 T045 | fabrication du d rmité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure* | dispositif médical (* . tif médical (* . détaillée des a (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions document rem icctes (B2) Charges de structure | pi par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.00 0.00 0.00 0.00 | OD Stout lesqueties OD Stout lesqueties OD Base de remboursement de /Assurance Maladie Obligatoire 96,75 96,75 96,75 96,75 | t sous sa seule re (E=C-D) Montant non remboursable Maladie Obligatoire -32,25 -96,75 -96,75 -96,75 | sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | | |
| | A rissue du traitement aire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par l'organisme complémentaire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par l'organisme c A rissue du traitement et sur votre demande, N' N' Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 2° semestre Fin du 2° semestre Fin du 2° semestre Milieu du 3° semestre | N ^a de contr complémentaire) il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | Lieu de claration de confo Descriptif Cotation NSAP ou ade non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatorie TO15 TO45 TO45 TO45 TO45 | fabrication du ormité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure* | lispositif médica tifmédical (* détailiée des as (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions document rem (Ctes (B2) Charges de structure | pi par louileres: oul n pi par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 | (D) Base de remboursement de fAssurance Maladie Obligatoire 32,25 96,75 96,75 96,75 96,75 | r (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire - 32, 25 - 96, 75 - 96, 75 - 96, 75 - 96, 75 - 96, 75 | sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | | |
| | A rissue du traitement aire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par l'organisme complémentaire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par l'organisme co A rissue du traitement et sur votre demande, N° N° Net Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1° semestre Fin du 2° semestre Milieu du 2° semestre Milieu du 3° semestre Milieu du 3° semestre Fin du 3° semestre | N° de contr complémentaire) | Lieu de daration de confo Descripti Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T015 T045 T045 T045 T045 | fabrication du d rmité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | fispositif médica tif médical (* détailiée des as (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions document rem ictes (62) Charges de structure | particulières: oul n pis par le fabricant pis par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 | OD Siout sequetes OD D Siout sequetes OD D Base de remboursement de f.Assurance Maladie Obligatoire Signator Signator | r (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire -32,25 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | | |
| | A rissue du traitement aire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par l'organisme complémentaire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par l'organisme c A rissue du traitement et sur votre demande, N* Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1* semestre Fin du 1* semestre Hilieu du 2* semestre Fin du 2* semestre Fin du 3* semestre Hilieu du 3* semestre Fin du 3* semestre Hilieu du 4* semestre | N° de contr complémentaire) Il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confo Descriptit Cotation NSAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire TO15 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 | fabrication du u mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure* | lispositif médical (* 1 détaillée des as (B1) Montant des prestations de soins | Dispositions ; document rem (Eds) (B2) Charges de structure | particulières : ou D n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 | n Stout, lesqueties ou son mandataire e (D) Base de rassurance Maladie Obligation 32,25 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | r (E=C-D) Montant non remboursable par fAssurance Maladie Obligatoire -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | | |
| Ac Te NoR Ré | A lissue du traitement aire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par lorganisme co A lissue du traitement et sur votre demande, N' Net Internet des moulages et des radios Milieu du 1' semestre Fin du 1' semestre Milieu du 2' semestre Milieu du 3' semestre Milieu du 3' semestre Milieu du 3' semestre Milieu du 4' semestre Milieu du 4' semestre Fin du 4' semestre | N° de contr complémentaire) il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | rat ou d'adhérent: Lieu de daration de confo Descripti Cotation NGAP ou ade non remboursableo par Aude non par Augustoire Dbigatoire | fabrication du co mité du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | ispositif médical (* 1 détaillée des a (E1) Montant des prestations de soins | Dispositions document rem (Cl2) (B2) (B2) (B2) (B2) (B2) (B2) (B2) (B | particulières: oul I n pii par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 | on Sioul sequelies ou son mandataire e (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire Obligatoire 32,25 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par f Assurable Obligatoire -32,25 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | | |
| | A rissue du traitement aire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par lorganisme co A rissue du traitement et sur votre demande, N* Nature de l'acte Etude des moulages et des rados Milieu du 1's semestre Fin du 1's semestre Milieu du 3's semestre Milieu du 3's semestre Fin du 3's semestre Milieu du 3's semestre Milieu du 3's semestre Fin du 4's semestre Fin du 4's semestre Milieu du 3's semestre | N° de contr complémentaire) | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confo Descriptif Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire TO15 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 TO4 | fabrication du umté* du disposi umté* du disposi (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure* | ispositif médicai (*. lifmédicai (*. (81) Montant des prestations de soms | Dispositions document rem totes (82) Charges de structure | particulières: oul D n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 | (D) Base de remboursement Obigade 32.25 96,75 98,75 | 7 (E=C-D) Montant non remboursable Obligate - 32,25 - 96,75 - 96,75 | sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | | |
| | Arissue du traitement aire : ALMERYS Stérence dossier : (à renseigner par lorganisme complementaire : ALMERYS Stérence dossier : (à renseigner par lorganisme co A l'issue du traitement et sur votre demande, N* Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1* semestre Fin du 1* semestre Milieu du 1* semestre Milieu du 2* semestre Milieu du 3* semestre Milieu du 3* semestre Milieu du 4* semestre Milieu du 4* semestre Milieu du 5* semestre | N° de contr comprémentaire) Il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confo Descripti Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire TO15 TO45 | fabrication du mité du disposi on précise et (A) Prò de verte du dispositi médical sur mesure * | ispositi médical (* i ti médical (* i (81) Montan des prestations de soins | Dispositions ; al : document rem (Ctes (E2) Charges de structure | particulières: ou □ n pii par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,000 | Image: Second | 7 (E=C-D) Montant non memboursable par /Assurance Jobigatoire -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 | Sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | | |
| | A rissue du traitement aire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par lorganisme complémentaire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par lorganisme co A rissue du traitement et sur votre demande, N* Neuer de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1* semestre Fin du 1* semestre Milieu du 2* semestre Milieu du 3* semestre Milieu du 4* semestre Fin du 5* semestre Milieu du 6* semestre Fin du 5* semestre | N° de contr complémentaire) Il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | Lieu de claration de confo Descripti- Cotation NSAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladé Obligatoire TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 | fabrication du urmté* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure* | ispositif médical if médical (*. (61) Montant des presistons é sons | Dispositions i al : document rem (E2) Charges de structure | particulières: oul D n pli par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 | (D) Stort issqueties ou son mandataire e (D) Base de model (D) Base de model (D) Base de model (D) Maladie (D) Obligatoire (B) 96,75 (B) | 7 (E=C-D) Montant non remoursable remoursable Valuation | sponsabilité) Réservé à Torganisme complémentaire | | |
| | A rissue du traitement aire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par l'organisme complémentaire : ALMERYS stérence dossier : (à renseigner par l'organisme c A rissue du traitement et sur votre demande, N* Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1* semestre Fin du 2* semestre Fin du 3* semestre Fin du 4* semestre Fin du 4* semestre Fin du 5* semestre | N ^a de contr complémentaire) il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confo Descripti (Cotsion NGAP) ou acte non remboursable par l'Assurance Obligatoire TO15 TO45 | fabrication du imité du disposi on précise et (A) Prix de verte du dispositi médical sur médical sur mesure * | Ispositi médical (* ti médical (* (étailiée des a (†1) Montant des prestations de sons | Dispositions document rem (Cles) (B2) Charges de structure | particulières: ou I n pii par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 | Image: Second | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par fAssurance Maladie Obligatorie 496,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | | |
| | A rissue de fassuré : A rissue du traitement et sur votre demande, Stérence dossier (à renseigner par l'organisme co A rissue du traitement et sur votre demande, N° Nature de l'acte E tude des moulages et des radios Milieu du 1° semestre Fin du 1° semestre Milieu du 3° semestre Milieu du 3° semestre Milieu du 6° semestre Fin du 5° semestre Milieu du 6° semestre Fin du 5° semestre Fin du 6° semestre | N° de contr complémentaire) Il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | rat ou d'adhérent: Lieu de claration de confo Descripti- Cotation NSAP ou acte non remboursable par l'Assumato par l'Assumato TO15 TO4 | fabrication du mot précise et (A) et Pro depositi médical sur mesure * | ispositif médica: It médical (* 1 détaillée des a (e1) Montant des prestations de soins | Dispositions i al : document rem (ctes (62) Charges de structure | particulières: oul □ n pii par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.00 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 0.000 | Image: Section 2 Silvet lengueties out son mandataire e Image: Section 2 out son mandataire e Maladie Obligatoire Maladie Obligatoire 96,75 96,75 96,75 | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par /Assurance Dobigatoire Jobigatoire 346,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | | |
| | Aresse de fassuré: Al : and el forganisme complémentaire : ALMERYS stérence dossier :(à renseigner par l'organisme of A l'issue du traitement et sur votre demande, N° Nature de l'acté Etude des moulages et des radios Milieu du 1° semestre Fin du 1° semestre Milieu du 2° semestre Milieu du 2° semestre Fin du 3° semestre Fin du 3° semestre Fin du 3° semestre Fin du 4° semestre Fin du 6° semestre | N ^a de contr complémentaire) il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | Lieu de claration de conto De secripti (Cotation NGAP) ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T015 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T04 | fabrication du umité du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur médical sur | dispositif médical (fimédical (* (éfaillée des a (61) Montant des prestations de sons | Dispositions i al : document rem (ft2) (ft | particulières: ou I n pii par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 | n □ Stort sequetes (D) Base de remboursement Obligation 32,25 96,75 | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par /Assurance Maladie Obligatorie -96,75 -9 | sponsabilité) Réservé à forganisme complémentaire | | |
| | Arissue du traitement et sur votre demande, Sternes dossier. (à renseigner par l'organisme complémentaire : ALMERYS Stérenes dossier. (à renseigner par l'organisme co A l'issue du traitement et sur votre demande, N* A l'issue du traitement et sur votre demande, N* Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1* semestre Fin du 2* semestre Milieu du 2* semestre Milieu du 3* semestre Milieu du 3* semestre Milieu du 4* semestre Milieu du 4* semestre Milieu du 5* semestre Milieu du 5* semestre Milieu du 6* semestre Contention 1* année Contention 1* année Contention 2* année | N° de contr complémentaire) il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | rat ou d'adhéreri: Lieu de claration de confo Descripti Cotation NGAP ou acte non par l'Assumnce par l'Assumnce Dbigatoire Obigatoire Obigatoire Obigatoire T045 T050 T050 T050 | fabrication du umté du disposi on précise et Qante de la construction de la construction rédical sur médical sur médical sur médical sur mesure * | ispositi médical (* tit médical (* (étailiée des a (81) Montan des prestations de soins | Dispositions i al : document rem totes (B2) (B2) (B2) (Charges de structure | particulières: ou I □ n pii par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 | n D Stoul, sequeties 00 soon mandataire e (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire Obligatoire 96,75 96,75 9 | 7 (E=C-D) Montant non remboursable par /Assurance Jobigatorie 967, 75 -966, 75 -967, 75 -977, 75 -977, 757, 757, 757, 757, 757, 757, 757, | sponsabilité) Réservé à lorganisme complémentaire | | |

À partir de l'aperçu avant impression ⇒Possibilité de l'envoyer sur une tablette Android

| ier | | | | | | | | | | | | ^ | | | |
|-----------------------------|--|--|--|---|---|---------------------------------|---|---|--|---|------|----------|--------|------|-----|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | [_ | 100% | _ | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| er un Pdf | Export Tablette | | | | | | | | | Imprimer | | | | | |
| nail | • | | | | | | | | | • | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | ^ | \geq | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | - 1 | | | | |
| | | | | | | | | | | | - 1 | | | | |
| | | | | | | | | | | | - 1 | | | | |
| | DEVIS PO | OUR LES TRAITEMEN | IN ET ACTES | BUCCO-DEN | TAIRE S FAISA | NT L'OBJE | T D'UNE ENTEI | NTE DIRECTE | | | - 1 | | | | |
| | | (| (les so is a tarits o | opposables ne so | ont pas compris d | ans ce devis) | | | | | - 1 | 2 | | | |
| | Ce devis est la | propriété du patient ou de | son représent et l | légal. La commu | unication de ce do | ocument à un t | iers se fait sous sa | a seule responsabilité | | | - 1 | | | | |
| Identific | cation du chirurgien-dentiste traitant : Docteu | ur Ninon CRE MONINI | | | | Date de l | établissement du c | devis: 12/06/2017 | | | - 1 | | | | |
| Identifia | ant du praticien : 10001347698 | all and the second production | | | | Duree de | validite du devis : e | 6 mois | | | - 1 | | | | |
| "A" 063 | 340 LA TRINITE | du cabinet ou de l'etablissemi | ent): I DD FRANC | .015 55 18 | LE ROND POIN | Nom et pr | énom : | | | | - 1 | | | | |
| N° de la | a structure (AM, FINE SS ou SIRET) | | | | - | Date de n | aicean.co · 0(| - | | | | | | | |
| | / | | | | | | | | | | | | | | |
| A rempl | olir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce | e devis à son organisme c | complémentaire : | | | | | •1 •1 | • • • | • 1 | • • | • | | | |
| Tel.: | e de l'assure, | | | | ΙΔν | 100 | nnc | cihili | 170 1 | 10 C | hni | cin | CI | In n | 110 |
| Nom de | e l'organisme complémentaire : ALMERYS | N° de cont | rat ou d'adhérent: | | | EL | pus | 21011 | | | | JI | J | JI Y | UEI |
| Référen | nce dossier:(à renseigner par l'organisme c | complémentaire) | | | | | | | | | | | | • | |
| | | | | | | | • | | | • | | • | | | |
| | | , | Lieudet | fabrication du c | | hla | | | i-hi | | -:- | 21 | - | | |
| A | lissue du traitement et sur votre demande, | il vous sera remis une dé | Lieu de f claration de confor | fabrication du o mité* du disposi | l ta | ble | tte | le f | ichi | er d | oit | êt | tre | en | vov |
| А | l'issue du traitement et sur votre demande, | il vous sera remis une dé | Lieu de t claration de confor | fabrication du mité* du disposi | ta | ble | tte | le f | ichi | er d | oit | êt | tre | en | voy |
| A | Fissue du traitement et sur votre demande, | il vous sera remis une dé | Lieu de f claration de confor Descriptio | fabrication du o mité* du disposi on précise et | ta | ble | tte | le f | ichi | er d | oit | êt | tre | en | voy |
| | Tissue du traitement et sur votre demande, | il vous sera remis une dér | Lieu de t daration de confor Descriptio Cotation NGAP | fabrication du c mité* du disposi on précise et (A) | (B1) | (B2) | (C=A+B1+B2) | le f | (E=C-D) | er d | oit | ê1 | tre | en | voy |
| A | Fissue du traitement et sur votre demande, | il vous sera remis une dér | Lieu de 1 daration de confor Descriptio Cotation NGAP ou acte non remboursable | fabrication du d mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif | (B1) Montant des prestations de | (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des bonorraires | le f | (E=C-D) Montant non rembrursable | er d | oit | ê1 | tre | en | voy |
| A N ^e dent | Tissue du traitement et sur votre demande, | il vous sera remis une dér Matériaux utilisés | Lieu de f claration de confor Descriptio Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance | fabrication du o mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur | (B1) Montant des prestations de soins | (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | (D) Base de remboursement de l'Assurance | (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance | er d | oit | ê1 | tre | en | voy |
| A N* dent | l'issue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte | il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de Claration de confor Descriptic Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie | fabrication du o mité* du disposi on précise et (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 de l'Assurance Maladie | (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie | er d Réservé à Torganisme complémentaire | oit | êt | tre | en | voy |
| A N [*] dent | l'issue du traitement et sur votre demande, Nature de facte | il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de t daration de confor Descriptic Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire | fabrication du o mité* du disposi on p récise et (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 | (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire | (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire | er d | oit | ê1 | tre | en | voy |
| N* dent | l'issue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des radios | il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de t claration de confor Descriptio Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire TO15 | fabrication du o mité* du disposi on précise et (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 | (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatore 32,25 32,25 | (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire | er d | oit | ê1 | tre | en | voy |
| N° dent | Tissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1º semestre. | Il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de 1 claration de confor Descriptic Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire TO15 TO45 | fabrication du d mité* du disposi on précise et (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 de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,25 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable par I/Assurance Maladie Obligatoire -32,25 -96,75 | er d | oit | ê1 | tre | en | voy |
| A dent | l'issue du traitement et sur votre demande. Nature de l'acte Etude des moulages et des rados Milieu du 1º semestre Fin du 1º semestre Fin du 1º semestre | il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de 1 daration de confor Descriptic Cotation NGAP ou a de non remboursable par l'Assurable Maladie Obligatoire T015 T045 T045 | fabrication du d mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | (B1) Montant des prestations de soins | (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,25 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursatie par l'Assurate Maladie Obligatoire -96,75 -96,75 | er d | oit | ê1 | tre | en | voy |
| A dent | Tissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des rados Milieu du 1º semestre Fin du 1º semestre Milieu du 2º semestre Etu du 2º semestre Etu du 2º semestre | il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de 1 daration de confor Descriptic Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T015 T045 T045 T045 T045 | fabrication du d mité* du disposi on précise et (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 | (0) Base de remboursment de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,25 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable par I/Assurance Obligatoire -32,25 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 | er d | oit | ê1 | tre | en | voy |
| A dent | Fissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Mileu du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 2° semestre Fin du 2° semestre Fin du 2° semestre | il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de : daration de confor Descriptic Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T015 T045 T045 T045 T045 T045 | fabrication du disposi mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | (B1) Montant des prestations de soins | (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,25 96,75 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable par f Assurance Maladie Obligatoire -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 | er d | oit | ê1 | tre | en | voy |
| A N° dent | Tissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1° semestre Fin du 1° semestre Milieu du 2° semestre Fin du 2° semestre Milieu du 3° semestre Fin du 3° semestre Fin du 3° semestre | il vous sera remis une dé | Lieu de 1 daration de confor Descriptic Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T015 T045 T045 T045 T045 T045 | fabrication du c mité* du disposi on précise et (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 | (0) Base de remboursement de fAssurance Maladie Obligatoire 392,75 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable par (7.8,surance Maladie Obligatoire -32,25 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 -96,75 | Réservé à rorganisme complémentaire | oit | ê1 | tre | en | voy |
| A dent | Tissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des rados Milieu du 1° semestre Milieu du 2° semestre Fin du 2° semestre Fin du 2° semestre Fin du 3° semestre | il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de daration de confor Descriptic Cotation NGAP ou a de non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T015 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 | fabrication du c mité* du disposi on précise et (A) Prix de verte du dispositif médical sur mesure* | (B1) Montant des prestations de soins | (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0, | (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Oblgatoire 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Mortant non remboursable par 1/Assurance Maladire Obligatoire - 32,25 - 96,75 - 96,75 - 96,75 - 96,75 - 96,75 - 96,75 - 96,75 | Réservé à lorgarisme complémentaire | oit | ê1 | tre | en | voy |
| A dent | Tasue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1° semestre Milieu du 1° semestre Milieu du 2° semestre Milieu du 2° semestre Milieu du 3° semestre Fin du 2° semestre Milieu du 4° semestre Fin du 3° semestre Fin du 4° semestre | il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de daration de confor Descriptic Cotation KGAP ou acte non remboursable mar l'Assurable Maladie Obligatoire T015 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T04 | fabrication du d mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure* | (B1) Montant des prestations de soins | (62) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 0,000 | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Oblgatoire 32,25 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable Obligatoire | Réservé à l'organisme complémentaire | oit | ê1 | tre | en | voy |
| N° dent | Tissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 2° semestre Fin du 2° semestre Fin du 3° semestre Fin du 3° semestre Fin du 4° semestre Fin du 4° semestre Fin du 4° semestre Fin du 4° semestre | il vous sera remis une dé | Lieu de daration de confor Descriptic Cotation NGAP ou a de non remboursable mar l'Assurable Maladie Obligatoire T015 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T04 | fabrication du mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur médical sur mesure * | (B1) Montant des prestations de soins | (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | (0) Base de remboursement diadie Obligatoire Obligatoire 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable part /Assurance Maladie Obligatoire -32,25 -36,75 -36,75 -36,75 -36,75 -36,75 -36,75 -36,75 -36,75 -36,75 -36,75 -36,75 -36,75 -36,75 -36,75 -36,75 | er d | oit | êt | tre | en | voy |
| A dent | Tasue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1º semestre Fin du 1º semestre Milieu du 2º semestre Milieu du 3º semestre Milieu du 3º semestre Milieu du 4º semestre Milieu du 4º semestre Milieu du 4º semestre Milieu du 5º semestre Milieu du 5º semestre Milieu du 5º semestre | Il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de daration de confor Descriptic Cotation KGAP ou acte non remboursable Maladie Obligatoire TO15 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 TO4 | fabrication du c mité* du disposi on précise et (A) Prix de verte du disposifi médical sur mesure * | (B1) Montant des prestations de soins | (B2) Charges de strudure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0, | (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 5 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable Obigatoire - 32,23 - 96,75 - | Réservé à rorganisme complémentaire | oit | êt | tre | en | voy |
| A N° dent | Tissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 2° semestre Milieu du 3° semestre Fin du 3° semestre Fin du 4° semestre Fin du 5° semestre Fin du 5° semestre Fin du 5° semestre Fin du 5° semestre | il vous sera remis une dé | Lieu de daration de confor Descriptif. Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 | fabrication du mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur médical sur mesure * | (E1) Montant des prestations de soins | (B2) Charges de strudure | C=A+B1+B2) Mortant des honoraires | Le f Bede rmbarsenent der Assarace Maladie Oblgatoire 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant tobic per l'Assurance Maladie Obligatoire 966 75 966 75 967 75 966 75 | er d | oit | êt | tre | en | voy |
| A dent | Tissue du traitement et sur votre demande, Nature de facte Etude des moulages et des rados Milieu du 1º semestre Fin du 1º semestre Fin du 1º semestre Milieu du 2º semestre Milieu du 3º semestre Milieu du 3º semestre Milieu du 3º semestre Milieu du 5º semestre Milieu du 5º semestre Milieu du 6º semestre | il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de daration de confor Descriptic Cotation NGAP ou acte noise reir Assurance Maladie Obligatoire Maladie Obligatoire TO45 T | fabrication du mté* du disposi on précise et (À) Prò de venta du dispositif médical sur médical sur mésure * | (61) Montant des prestations de sons | (E2) Charges de studure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0, | (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obigator 25 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable Obligations -322,35 -967,75 -977,75 - | Réservé à l'organisme complémentaire | oit | êt | tre | en | voy |
| | Tissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte E tude des moulages et des radios Milieu du 1° semestre Milieu du 2° semestre Milieu du 2° semestre Fin du 3° semestre Fin du 4° semestre Milieu du 4° semestre Fin du 4° semestre Fin du 5° semestre Fin du 6° semestre Fin du 6° semestre Fin du 6° semestre Fin du 6° semestre Contention 1° année | il vous sera remis une dé | Lieu de daration de confor Descriptif. Cotation NGAP ou ade non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 | fabrication du mité* du disposi on précise et (À) Pix de vente du dispositi médical sur médical sur mésure * | (31) Montant des prestations de sons | (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0, | (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obigatoire 32,25 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable Obligatoire | er d | oit | êt | tre | en | voy |
| A dent | Tissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Mileu du 1' semestre Fin du 1' semestre Fin du 2' semestre Mileu du 3' semestre Fin du 3' semestre Fin du 3' semestre Fin du 4' semestre Fin du 4' semestre Fin du 5' semestre Fin du 4' semestre Fin du 6' semestre Fin du 6' semestre Fin du 6' semestre Contention 1' année Contention 2' année | il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de daration de confor Descriptific Cotation NGAP en un de non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 | fabrication du mté* du disposi on précise et (A) Prix (A) A disposité du disposité médical sur mesure * | (B1) Montant des presidations de soons | (52) Charges de strudure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,0000 0,000 0,000 0,000000 | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obigator 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable Obligate -32,28 -36,75 -3 | Réservé à lorgarisme complémentaire | oit | êt | tre | en | voy |
| A dent | Tasue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1' semestre Milieu du 2' semestre Milieu du 2' semestre Milieu du 3' semestre Fin du 3' semestre Milieu du 4' semestre Fin du 4' semestre En du 5' semestre Fin du 4' semestre Fin du 4' semestre Fin du 5' semestre En du 5' semestre En du 5' semestre En du 5' semestre En du 5' semestre Fin du 6' semestre En du 5' semestre To 74L | li vous sera remis une dé | Lieu de daration de confor Descriptif. Cotation NGAP ou ade non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 | fabrication du mité* du dispos (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | (31) Montant des prestations de soins | (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0, | (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obigatoire 32,25 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable Obligatoire -32,23 -96,75 | Réservé à rorganisme complémentaire | oit | êt | tre | en | voy |
| N [*] dent | Tissue du traitement et sur votre demande, Nature de l'acté Etude des moulages et des radios Mileu du 1° semestre Fin du 1° semestre Fin du 2° semestre Fin du 3° semestre Fin du 3° semestre Fin du 4° semestre Fin du 4° semestre Fin du 4° semestre Fin du 5° semestre Fin du 6° semestre Fin du 6° semestre Fin du 6° semestre Fin du 6° semestre Contention 1° année Contention 2° année | il vous sera remis une dé Matériaux utilisés | Lieu de daration de confor Descriptific Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 | fabrication du mité* du dispos mité* du dispos (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | (81) Montant des prestations de sons | (62) Charges de strudure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | (0) Base de remboursement de l'Assurance Malade Obigate 32,25 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable Oblgader - 32,25 - 36,75 - 36 | Réservé à lorganisme complémentaire | oit | êt | tre | en | νογ |

À partir de l'aperçu avant impression Possibilité de sélectionner une imprimante autre que l'imprimante par défaut

| r 🧷 | de texte | | | | | | | | | | | × | | | | | | |
|-------|--|---|--|--|--|---|--|--|---|--|------|-------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------|-------|-----------|------------|
| r | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - | | | | | | | | | | | 1001 | - | | | | | | |
|] | 📼 📮 🖳 | | | | | | | | | | 100 | · · | | | | | | |
| | Delf Execution Tablatta | | | | | | | | | Terretore | | | | | | | | |
| l | Pui Exporter Tablette | | | | | | | | | Inbuner | | | | | | | | |
| | · · · | | | | | | | | | · · | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | ^ | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | - 11 | | | | | | | |
| _ | | | | | | | | | | | - 11 | | | | | | | |
| | DEVIS POU | IR LES TRAITEME | NTSET ACTES | BUCCO-DEN | ITAIRE S FAIS | ANT L'OBJE | T D'UNE ENTEN | ITE DIRECTE | | | - 11 | | | | | | | |
| | | | (les sollis à taille o | pposables ne so | one pas compris o | uaris de devisj | | | | | | | | | | | | |
| E | Ce devis est la pro | opriété du patient ou d | e son représentant | légal. La commu | unication de ce d | locument à un | tiers se fait sous sa | seule responsabilit | é. | | - 11 | | | | | | | |
| ld ld | dentification du chirurgien-dentiste traitant : Docteur M dentifiant du praticien : 10001347698 | NINON CRE MONINI | | | | Date de Durée de | retablissement du c validité du devis : 6 | evis: 12/06/2017 mois | | | | | | | | | | |
| ld | dentification de la structure (raison sociale et adresse du | cabinet ou de l'établissen | ment): 1 BD FRANC | COIS SUAREZ | LE ROND POI | NT Identificat | tion du patient | | | | | | | | | | | |
| 12 | A" 06340 LA TRINITE I° de la structure (AM FINESS ou SIRET) | | | | | Nom et p | rénom : | - | | | | | | | | | | |
| 1. | de la diladare (All, Fille de da dilce F) | | | | | N° de sé | curité sociale de l'as | suré : | | | | | | | | | | |
| A | a remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce d | devis à son organisme | complémentaire : | | | A remplir | par le chirurgien-de | ntiste. Description | du traitement proposé | 0 | | | | | | | | |
| | kdresse de l'assure: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N | Iom de l'organisme complémentaire : ALMERYS | N° de con | trat ou d'adhérent: | | | Disposition s | particulières : oul 🗆 🛛 n | n 🗆 Si ou I, lesquelles | 17 | | | | | | | | | |
| R | téférence dossier : (à renseigner par l'organisme con | mplémentaire) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Г | | | Lieude | fabrication du o | dispositif médic | al: | | | | | | | Select | lon d'ui | ne impi | riman | ite | |
| | A lissue du traitement et sur votre demande, il v | the second s | | | | and the second se | | | | neshilitá) | | | | | | | | |
| | rendede de traitement et dar rene demande, int | vous sera remis une de | eclaration de confor | rmité" du disposi | itif médical (* | document rem | npli par le fabricant | ou son mandataire | et sous sa seule respo | /isublike/ | | | | | | | | |
| L | | vous sera remis une de | Donorinti | rmité" du disposi | itifmédical (* | document rem | npli par le fabricant | ou son mandataire | et sous sa seule respo | /isubine/ | | | | | | 1 | | |
| | | vous sera remis une de | Descriptic Cotation NGAP | rmité* du disposi on précise et (A) | itifmédical (* détaillée des ((B1) | document rem actes (82) | (C=A+B1+B2) | (D) | et sous sa seule respo | Jisubilic) | - 11 | L. | morimant | e | | / | | . / |
| | | vous sera remis une de | Descriptio Cotation NGAP ou acte non | rmité* du disposi on précise et (A) Prix de vente | tifmédical (* détaillée des ((B1) Montant des | document rem actes (B2) Charges de | (C=A+B1+B2) Montant des | (D) Base de | (E=C-D) Montant non | Réservé à | | ; [^{II} | mprimant | e | | | | |
| | N° Nature de l'acte | Matériaux utilisés | Cotation NGAP Ou acte non remboursable par l'Assurance | rmité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur | tif médical (* détaillée des ((B1) Montant des prestations de soins | document rem actes (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | (D) Base de remboursement de l'Assurance | (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance ci | Réservé à l'organisme omplémentaire | | i [II | mprimant | e | | | | |
| | N° Nature de l'acte | Matériaux utilisés | Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie | rmité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure * | itif médical (* détaillée des ((B1) Montant des prestations de soins | document rem actes (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie | (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie | Réservé à lorganisme omplémentaire | | i [II | mprimant | e | | | | |
| | N ² Nature de l'acte Etude des movienes et des radios | Matériaux utilisés | Cotation de confor Descriptio Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire | rmité" du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure * | itifmédical (* détaillée des : (B1) Montant des prestations de soins | document rem actes (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire | (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire | Réservé à l'organisme omplémentaire | | i ^{-II} | mprimant | e 0 Series(R | éseau) | | | |
| | N ⁴ dent Nature de l'acte Etude des moulages et des radios Milieu du 1 ⁴ semestre | Matériaux utilisés | Descriptio Descriptio Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire TO15 TO45 | rmité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure * | itif médical (* détaillée des : (B1) Montant des prestations de soins | document rem actes (82) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,25 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire 5 -32,25 -96,75 | Réservé à l'organisme omplémentaire | | i [II | mprimant | e 0 Series(R | éseau) | | | |
| (| N ⁴ Nature de facte Etude des moulses et des rados Milieu du 1 ⁴ semestre Fin du 1 ⁴ semestre | Matériaux utilisés | Contained a conformation of the conformation o | rmité* du disposi on précise et (A) Prix de verte du dispositif médical sur mesure * | itif médical (* détaillée des ; (61) Montant des prestations de soins | actes (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,25 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable par I-Assurance co Maladie Obligatoire 5 -32,25 5 -96,75 5 -36,75 | Réservé à l'organisme omplémentaire | | i T | mprimant | e 0 Series(R | .éseau) | | | |
| (| N* Nature de l'acte Etude des moulages et des rados Mileu da 1* semestre Fin da 1* semestre Mileu da 2* semestre | Matériaux utilisés | Edaration de confor Descriptie Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T015 T045 T045 | mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | tifmédical (* détaillée des : (61) Montant des prestations de soins | document rem actes (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 0,00 | (D) Base de remboursement de lAssurance Maladie Obligatoire 32,22 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance cr Obligatoire 5 -36,75 5 -96,75 5 -96,75 | Réservé à l'organisme omplémentaire | | i ^{II} | mprimant | e 0 Series(R | éseau) | | | |
| | N° Nature de facte Etude des moulages et des rados Milieu du 1º semestre Fri du 1º semestre Milieu du 2º semestre Fri du 2º semestre | Matériaux utilisés | Contain de confor Descriptio Cotation NGAP ou acte non remboursable par fAssurance Maladie Obligatoire Obligatoire TO15 TO45 TO45 TO45 TO45 TO45 | mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure * | tifmédical (* détaillée des : (B1) Montant des prestations de soins | document rem actes (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 | (D) Base de remboursement de 1Assurance Maladie Obligatoire 96,75 96,75 96,75 | (E=C-D) Montant non remboursable par /Assurance Obligatoire 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 | Réservé à l'organisme omplémentaire | | | mprimant ET-2650 | e 0 Series(R | éseau) | | | |
| | N° Nature de fade Etude des moulages et des rados Mileu du 1° semestre Prin du 1° semestre Mileu du 2° semestre Prin du 2° semestre | Matériaux utilisés | Cdatation de confor Descriptio Cotation NGAP ou acte non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire T015 T045 T045 T045 T045 T045 | mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure * | tifmédical (* défaillée des : (61) Montant des prestations de soins | document rem actes (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 96,75 96,77 96,77 96,77 96,77 | (E=C-D) Montant non remboursable par / Assurance cr Maladie Obligatoire 5 -32,25 -36,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 | Réservé à l'organisme omplémentaire | | | mprimant ET-265(| e 0 Series(R | léseau) | | | |
| | N N Nature de l'acte Etude des moulages et des rados Milleu du 1º semestre If nd u1º semestre If nd u2º seme | Matériaux utilisés | Cdaration de confor Descriptio Cotation NGAP ou acte non remboursable par / Assurance Maladie Obligatoire T015 T045 T045 T045 T045 T045 T045 | mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure * | tifmédical (* défaillée des ((61) Montant des prestations de soins | document rem actes (B2) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0. | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 36,75 96,77 96,77 96,77 96,77 96,77 | (E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Colligatoire 5 -366,75 5 -366,75 | Réservé à l'organisme omplémentaire | | | ET-265 | e 0 Series(R | éseau) | | Nombre de | a copies |
| | N° et Etude des mouleges et des rados Miliau du 11 seneatro Fri du 11 seneatro Miliau du 21 semestre Fri du 21 semestre Fri du 21 semestre Miliau du 21 semestre Fri du 21 semestre Fri du 41 semestre Fri du 41 semestre Fri du 41 semestre | Matériaux utilisés | cdaration de confor Descriptic Cotation NGAP remboursable par l'Assurance Maladini Obligatoire T015 T045 T045 T045 T045 T045 T045 T045 | mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sir mesure * | tifmédical (* détaillée des i (61) Montant des prestations de soins | document rem actes (62) Charges de structure | (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.00 | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 96,75 | et sous sa seule respo (E=C-D) Montant non remboursable par 1/Assurance Matadie Obligatorie 3-32,25 5-96,75 5-96,75 5-96,75 5-96,75 5-96,75 5-96,75 5-96,75 5-96,75 5-96,75 5-96,75 5-96,75 5-96,75 5-96,75 5-96,75 5-96,75 | Réservé à forganisme omplémentaire | | | mprimant ET-2650 | e 0 Series(R le pages - | éseau) | | Nombre de | e copies — |
| | N P Nature de l'acte Etude des moulages et des rados Milieu du 1º semestre If nd u1º semestre If nd u2' semestre If nd u4' seme | Matériaux utilisés | Contaction de confor Descripti Cotation NGAP ou acte non par l'Assurance Naladie Obligatoire T045 | mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure * | tifmédical (* détaillée des : (61) Montant des prestations de soins | document rem actes (82) Charges de structure | Image C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,22 96,75 96,77 96,77 96,77 96,75 96,75 96,75 | et sous sa seule respo (E=C-D) Montant non remboursable par /Assurance Oblgatoire 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 5 -96,75 | Réservé à forganisme omplémentaire | | | mprimant ET-2650 | e 0 Series(R le pages - | léseau) | | Nombre de | e copies |
| | N° Etude des mouleges et des rados Milieu du 11 semedre Fri du 11 semedre Milieu du 21 semedre Milieu du 21 semedre Fri du 21 semedre Milieu du 31 semedre Milieu du 41 semedre Milieu du 41 semedre Milieu du 51 semedre Milieu du 51 semedre Milieu du 51 semedre Milieu du 51 semedre | Matériaux utilisés | Contain de confer Descriptif. Cotation NSAP ou ade non remboursable par l'Assumace Naladie Obligatoire T015 T045 | mité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | tifmédical (* détaillée des ((61) Montant des prestations de soins | document rem actes (B2) Charges de structure | pil par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 | (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 32,22 96,75 96,77 96,77 96,77 96,77 96,75 96,75 96,75 | et sous sa seule respo (E=C-D) Montant non remboursaile par /Assurance Obligate Obligate Obligate 0 - 366,75 1366,75 1366,75 5 - | Réservé à forganisme omplémentaire | | | mprimant ET-2650 | e O Series(R le pages - | éseau) | | Nombre de | e copies — |
| | N Nature de fade Etude des moulages et des rados Mileiu du 1º semestre Fin du 1º semestre Fin du 2º semestre Fin du 2º semestre Mileiu du 2º semestr | Matérieux utilisés | Contain Contain <t< td=""><td>rmité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure *</td><td>Alfmédical (* détaillée des : (B1) Montant des prestations de soins</td><td>document rem actes (B22) dc structure</td><td>ppi par le fabricant (C=A+B1=B2) Montant des honoraires 0.00</td><td>(0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 96,77 96,77 96,77 96,77 96,77 96,77 96,75 96,75 96,75 96,75</td><td>et sous sa seule respo (E=C-D) Montant non remboursable par /Assurance Oblgatoire 3 3 4 5 -96,75 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 67,75 5 5 5 5 5 67,75 5 5 5 67,75 5 96,75</td><td>Réservé à l'organisme omplémentaire</td><td></td><td></td><td>mprimant ET-2650</td><td>e 0 Series(R le pages -</td><td>éseau)</td><td></td><td>Nombre de</td><td>e copies</td></t<> | rmité* du disposi on précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | Alfmédical (* détaillée des : (B1) Montant des prestations de soins | document rem actes (B22) dc structure | ppi par le fabricant (C=A+B1=B2) Montant des honoraires 0.00 | (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 96,77 96,77 96,77 96,77 96,77 96,77 96,75 96,75 96,75 96,75 | et sous sa seule respo (E=C-D) Montant non remboursable par /Assurance Oblgatoire 3 3 4 5 -96,75 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 67,75 5 5 5 5 5 67,75 5 5 5 67,75 5 96,75 | Réservé à l'organisme omplémentaire | | | mprimant ET-2650 | e 0 Series(R le pages - | éseau) | | Nombre de | e copies |
| | N ^a Etude des mouleges et des rados Milieu du 1' semestre Fri du 1' semestre Milieu du 2' semestre Fri du 2' semestre Milieu du 3' semestre Milieu du 4' semestre Milieu du 4' semestre Milieu du 4' semestre Milieu du 5' semestre Milieu du 6' semestre Fri du 5' semestre Milieu du 6' semestre | Matériaux utilisés | Contact Descriptific Descriptific Cotation NSAP ou ade non remboursable par / Assurance Maladie Obligatoire TO45 TO45 TO45 | mité du disposi on précise et (À) Pràce verte du dispositi médical sur médical sur mesure * | 8/f médical (* défaillée des so (81) Montant des prestations de soins | document rem (B2) (B2) Charges de structure | Image Fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 | (0) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 96, 77 96, 75 96, 75 96, 75 96, 75 96, 75 96, 75 96, 75 96, 75 96, 75 | et sous sa seule respo (E=C-D) Montant non remboursaile par / Assurance Obligatore O | Réservé à forganisme omplémentaire | | | ET-2650 Etendue d | e 0 Series(R de pages - | éseau) | | Nombre de | e copies - |
| | N° Etude des moulages et des rados Etude des moulages et des rados Milieu du 1º semeatre Fri du 1º semeatre Milieu du 2º semeatre Milieu du 2º semeatre Milieu du 2º semeatre Milieu du 2º semeatre Fri du 2º semeatre Contection 1º a note Contection 1º a note | Matériaux utilisés | Contain Control Descriptif Cotation NSAP ou acte non remboursable par / Assurance Naladie Oblgatoire TO15 TO45 TO45 | mité* du disposi on précise et (A) Préc des verte du disposit médical sur mesure* | Mifmédical (* détailide des (81) Montant des prestations de soins | document rem actes (B2) de structure | pi par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0,00 | (D) Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire 96,77 | et sous sa seule respo (E=C-0) (E=C-0) reordraft non reordraft non part Assurance c Oblgatoire 5 -366,75 5 -366,7 | Réservé à l'organisme omplémentaire | | | ET-2650 Etendue d Pages | e 0 Series(R le pages - 1 à | léseau) | | Nombre de | e copies — |
| | N° Nature de fade Étude das mouleges et des rados Mileu du 1' semestre Fin du 1' semestre Semestre Mileu du 2' semestre Fin du 2' semestre Mileu du 3' semestre Mileu du 4' semestre Mileu du 4' semestre Mileu du 4' semestre Mileu du 5' semestre Fin du 3' semestre Mileu du 6' semestre Fin du 4' semestre Mileu du 6' semestre Fin du 5' semestre Mileu du 6' semestre Fin du 7' semestre Mileu du 6' semestre Contention 1' année Contention 2' année Semestre | Matériaux utilisés | Cotation de confor Descriptif Cotation NSAP ou acte non remboursable parassutance Obligatoire Obligatoire TO45 TO50 | mité* du disposi (A) (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | difmédical (* détailée des : (81) Montani des prestations de soins | document rem actes (B2) Charges de structure | opil par le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires 0.00 0.60 | (D) (D) (D) (D) (D) (D) (D) (D) | et sous as seule responses (E=C-D) Montant non remboursable par / Assumance Obligations 3 4 3 3 3 3 3 3 3 3 40,75 3 40,75 3 40,75 3 40,75 3 40,75 3 40,75 | Réservé à forganieme omplémentaire | | | ET-2650 Etendue d Pages | e 0 Series(R de pages - 1 à | léseau) | | Nombre de | e copies |
| | N° Nature de fade Étude des moulages et des rados Mileiu du 1º semeatre Fin du 1º semeatre Semeatre Mileiu du 2º semeatre Mileiu du 2º semeatre Mileiu du 2º semeatre Mileiu du 2º semeatre Mileiu du 3º semeatre Mileiu du 2º semeatre Fin du 2º semeatre Mileiu du 2º semeatre Mileiu du 3º semeatre Mileiu du 3º semeatre Fin du 4º semeatre Contention 1º andee Contention 2º année TOTAL | Matériaux utilisés | Classifier Construction Descriptin Cotation NSAP out ade non non par / Assurance non notation notation | mité* du disposition en disposition en précise et (A) Prix de vente du disposition en disposition en disposition en disposition en mesure * | fărfiedical (* détailée des. (61) Montant des prestations de soins | document rem actes (82) Charges de structure | pair pair le fabricant (C=A+B1+B2) Montant des honoraires Nonoraires 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 | (D) Base de rembursment de Fassance Matade Objadure 35,22 96,75 96 | et sous sa seule respo (E=C-0) (E=C-0) (Ferritorin con resolution con part Assurance co Oblgatoire 5 -366,75 5 -3 | Réservé à l'organisme omplémentaire | | | ET-2650 Etendue d Pages | e O Series(R le pages - 1 à | léseau) | | Nombre de | e copies - |
| | N° Nature de fade Etude des mouleges et des rados Mileu du 1' semestre Mileu du 1' semestre Fin du 1' semestre Mileu du 2' semestre Semestre Mileu du 3' semestre Mileu du 4' semestre Mileu du 4' semestre Mileu du 4' semestre Fin du 3' semestre Fin du 4' semestre Mileu du 6' semestre Fin du 4' semestre Mileu du 6' semestre Fin du 4' semestre Fin du 5' semestre Fin du 5' semestre Contention 1' année Contention 1' année Contention 2' année TOTAL | Matériaux utilisés | detartion de combr Descripti Cotation NK4-A vo ade non rendoursable par l'ande ne par l'ande ne par l'ande ne par l'ande ne Vol ade vol ade non rendoursable par l'ande ne Vol ade vol ade ne vol ade ne vol ade vol ade ne vol ade | mité* du disposition of précise et (A) (A) Prix de verte du dispositif médical sur mesure * | fărmédical (* détailée des : (81) Montant des prestations de soins | document rem actes (82) Charges de structure | (C=A+81-82) Montant des honoraires 0.00 | (D) Base de Base de Chigaster Obigaster 95, 75 96, | et sous as seule responses (E=C-D) Montant non remboursable part /Assumates Obligatories 3 -367,35 3 -367,85 3 -367,85 3 -367,85 5 -366,75 6 -366,75 6 -366,75 6 -366,76 7 | Réservé à Torganisme omplémentaire | | | ET-2650 Etendue d Pages | e 0 Series(R de pages - 1 à | éseau) | | Nombre de | e copies |
| | N° Nature de fade Étude des moulages et des rados Mileiu du 1' semeatre Fin du 1' semeatre Fin du 1' semeatre Mileiu du 2' semeatre Mileiu du 2' semeatre Mileiu du 3' semeatre Mileiu du 3' semeatre Mileiu du 3' semeatre Mileiu du 3' semeatre Fin du 4' semeatre Mileiu du 3' semeatre Fin du 4' semeatre Mileiu du 3' semeatre Fin du 5' semeatre Contention 1' andee Contention 2' annee TOTAL | Matériaux utilisés | edunation de combr Cottairon NGAP ou aide non ou aide non ou aide non ou aide non ou aide non ou aide non par l'Assurance TO 15 TO 45 TO 56 TO | mité* du disposition en précise et (A) Prix de vente du dispositi médical sur mesure * | főrhedical (* détailée des. (61) Montant des prestations de soins | document rem actes (82) Charges de structure | pip par le fabricant (C=A+B1-B2) Montant des honorares 0.060 0.060 0.060 0.060 0.060 0.060 0.060 0.060 0.060 0.060 0.060 0.060 0.060 0.060 0.060 0.061 0.062 0.063 0.061 0.061 0.061 0.062 0.063 0.061 0.062 0.063 0.064 0.065 0.065 0.061 0.062 0.063 0.064 0.064 0.065 0.065 | (10) Base de remboursannent de l'Assurance Nabalde Oblgatoire 96,75 96,7 | et sous as seule responses (E=C-D) Montant non remboursable part /Assurance Datagate Dotagate Josephile Josetiii Josephile <td>Réservé à forganisme omplém entaire</td> <td></td> <td></td> <td>ET-2650 tendue d Pages</td> <td>e O Series(R le pages - 1 à</td> <td>éseau)</td> <td></td> <td>Nombre de</td> <td>e copies</td> | Réservé à forganisme omplém entaire | | | ET-2650 tendue d Pages | e O Series(R le pages - 1 à | éseau) | | Nombre de | e copies |
| | N° Nature de fade Etude des mouleges et des rados Mileu du 1' semestre Fin du 1' semestre Semestre Mileu du 2' semestre Fin du 2' semestre Fin du 2' semestre Semestre Mileu du 3' semestre Fin du 2' semestre Mileu du 4' semestre Mileu du 4' semestre Fin du 2' semestre Fin du 4' semestre Mileu du 6' semestre Mileu du 6' semestre Fin du 5' semestre Fin du 5' semestre Fin du 5' semestre TorAL e patient ou son représentant légal recomat avore resonable Restremant avore resonable | Matériaux utilisés | Sciantific de confir Description Costante NG297 rembournable par l'Assurante Notation Notatio | mité* du disposi- (A) Proc de vente du du dispositi médical sur mesure* | formédical (* détailée des (61) Montant des prestations de soins de | document rem actes (82) Charges de structure | (C=A+B1-B2) Identant des hotomarse 0.069 0.069 0.069 0.060 | (0) Base de remoursenent de l'Assuración Obigatore 2 27, 28 27, 29 27, 29, 2927, 29, 29, 29, 29, 29, 29, 29, 29, 29, 20, 20, 20, 20, 20, 20, | et sous as seule responses (E=C-D) Montant non remboursable par / Assumance Obligatoria 0 - 362, 35 3 - 362, 35 3 - 362, 35 5 - 366, 75 | Réservé à Torganisme omplementaire | | | ET-2650 Etendue d Pages | e 0 Series(R de pages - 1 à | éseau) | | Nombre de | e copies |
| | N° Nature de facte Etude des moulages et des radios Mileiu du 1' semeatre Fin du 1' semeatre Fin du 1' semeatre Mileiu du 2' semeatre Mileiu du 2' semeatre Mileiu du 2' semeatre Mileiu du 2' semeatre Mileiu du 3' semeatre Mileiu du 3' semeatre Mileiu du 4'' semeatre Mileiu du 3'' semeatre Mileiu du 5' semeatre Mileiu du 5' semeatre Fin du 5'' semeatre Contention 1'' année Contention 1'' année TOTAL e patient ou son représentant légal recomait avoir et set et signature du patient ou du (ou des) responsable | Matériaux utilisés | scanston 46 confor Description Costanto MCAP ou ade non remboursable par / Assurance Madade 10045 1 | mité* du disposition en précise et (A) | détailée des : (61) Montant des prestations de soins de Totai des ho | document rem (B2) Charges de structure | (G→G+F2) Montant des honoraires 0,000000 | (1) Base de remboursenent de l'Assarance Madaie Obigatorie 32,24 96,75 9 | et sous as sould respond (6=C-D) Montant non remboursable part /Assumates Disparse Jasta 32,25 3-96,75 3-96 | Réservé à forganisme omplémentaire | | | ET-2650 tendue d Pages | e O Series(R Je pages - 1 à | éseau) | | Nombre de | e copies |
| | N° Nature de fade Etude des mouleges et des rados Mileu du 1' semestre Mileu du 1' semestre Fin du 1' semestre Mileu du 2' semestre Semestre Mileu du 3' semestre Mileu du 4' semestre Mileu du 4' semestre Mileu du 4' semestre Mileu du 4' semestre Mileu du 4' semestre Fin du 4' semestre Fin du 4' semestre Mileu du 6' semestre Fin du 4' semestre Fin du 5' semestre Fin du 5' semestre Pin du 5' semestre TorAL e patient ou son représentant légal reconnait avoir et stel et signature du patient ou du (ou des) responsable | Matériaux utilisés Matériaux utilisés Natériaux utilisés Natériaux utilisés Natériaux utilisés Natériaux utilisés | Scharthon de combre Description Costanon NGAP remboursable prenhoursable prenhoursable prenhoursable prenhoursable prenhoursable Notas Totas | mité du disposition disposition disposition disposition di dispositione di ciali di dispositione di ciali di di dispositi di di dispositi di di dispositi di di dispositi di di di dispositi di di dispositi di dispositi di dispositi di dispositi di dispo | détailée des détailée des détailée des sons de | document rem actes (B2) Charges de structure | (C=A+B1-B2) Identant des hotomarse 0.069 0.069 0.069 0.060 | (0) Base de remoursenent de l'Assuración Obigatore 2 86, 75 86, 75 96, 76 96, 76 96, 76 96, 76 96, 7 | et sous as seule responses (E=C-D) Montant non remboursable par / Assumance Obligation 0 Signal 3 - 36, 75 536, 75 6 - 30, 75 <t< td=""><td>Réservé à Torganisme Torganisme complémentaire</td><td></td><td></td><td>ET-2650 Etendue d Pages</td><td>e 0 Series(R de pages - 1 à</td><td>léseau)</td><td></td><td>Nombre de</td><td>e copies</td></t<> | Réservé à Torganisme Torganisme complémentaire | | | ET-2650 Etendue d Pages | e 0 Series(R de pages - 1 à | léseau) | | Nombre de | e copies |

| 🔶 Devis 🛛 🖵 💾 🎽 🏑 | | | 🗹 Enregistrer un p | df lors de l'impress | sion 📭 | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------|-------------|-------------|
| TP A | LMERY5 jusqu'au 31/12/2017 | Date du devis : 12/06/2017 | | | | | - 8 |
| Date de départ du calcul : | Devis type Devis conventionnel odf | - | | 1 No | mbre d'exemplaires | Insertion o | de l'entête |
| Période de départ du calcul : | Impression Description | Cotation Base sécurité socia | Montant des honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | | |

Le devis fini, vous pouvez ⇒Lui rajouter des éditions complémentaires ⇒Pour cela, il faut sélectionner parmi les courriers et les fiches conseils un ou plusieurs documents et les imprimer pour les joindre au devis

| (| Editions | × |
|---|--|---|
| | Imprimer la fiche d'état-civil | |
| | Imprimer la fiche des actes | |
| | Imprimer la fiche des règlements | |
| | 🔲 Imprimer la fiche de suivi | |
| | | |
| | AMBULANCE | - |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | - |
| | | |
| | CARIE | - |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | DETARTRAGE | - |
| | | |
| | <imprimante défaut="" par=""></imprimante> | - |
| | | |
| | <u>I</u> mprimer Quitter | |
| | | |

Possibilité de donner un nom au devis Avec ligne bureautique correspondante

| | | | , ↓ F | inregist | rer un odf k | ors de l'i | impressi | ion Po | | | | | | |
|-----|--------------|-----------------------|--------------|----------------|---------------|------------|----------|------------|------------------------|--------------------|----------------|----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| Dat | e du devis : | 12/06/2017 | | | | | | | | | 8 | | | |
| | Ŧ | | | | | | 1 Nor | mbre d'exe | mplaires 🗌 I | isertion de l'ei | ntête | | | |
| | Cotation | Base sécurité soci | Mo iale h | or o Dat | te du devis : | 12/06/ | /2017 | | | | | | | |
| | | | | | • | | | | | 1 | Nombre (| d'exemplaires |] Insertion de l'entêt | e |
| | | | | | Cotation | sécu | Date | du devis : | 12/06/2017 | | | | | |
| | | | | | | | | Ŧ | | | | 1 No | ombre d'exemplaires | Insertion de l'entête |
| | | | | | | | | Cotation | Base sécurité socia | Montan e honora | t des aires | Montant restant à charge * | Date du règlement | |

Par un clic sur l'icône ? possibilité d'affecter aux devis trois états Devis accepté (feu vert) Devis refusé (feu rouge) Devis en attente (?) Avec ligne bureautique correspondante

| | | | 🗹 Enr | egistrer un pdf lo | rs de l' | impression PO | • 💻 | @ \ | | | | |
|------|------------|--------------------------|-----------|--------------------|----------|----------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------|------|-------------------|
| Date | du devis : | 12/06/2017 | | | | | | ~ ? | | | | |
| | Ŧ | | _ | | | 1 Nombre d'exe | mplaires 🗌 Ins | ertion de l'entête | | | | |
| | Cotation | Base sécurité sociale | Mor ho | Date du devis : | 12/06 | /2017 | nregistrer un pdf k | ors de l'impression | | • | | |
| | | | | * | | | | 1 Nombre d | l'exemplaires |] Insertion de l'entêt | te | |
| | | | | Cotation | sécu | | | Enregistrer un p | odf lors de l'impres | sion 🗾 | | |
| | | | | | | Jate du devis : | 12/06/2017 | | 1 N | ombre d'exemplaires | Inse | rtion de l'entête |
| | | | | | | Cotation | Base sécurité sociale | Montant des honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | | |

Historique des devis

Pour un patient donné → un ou plusieurs devis conservés dans les archives → la liste par dates d'édition de ces devis

- La sélection d'une des dates de la liste fait apparaître le devis correspondant
- Comme toutes les listes déroulantes d'historique les enregistrements les plus récents sont en haut

| 🔨 Devis 🛛 🖓 💾 🌌 🧄 | | 🗹 Enregistrer un p | df lors de l'impress | sion 📭 | - <u></u> | |
|--|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------|-----------|---------------------------------|
| TP ALMERYS jusqu'au 31/12/2017 | Date du devis : 12/06/2017 | | | | | $\mathbf{\lambda}^{\mathbf{g}}$ |
| ate de départ du calcul : Devis type Devis conventionnel odf | - | | 1 No | mbre d'exemplaires | | |
| | Cotation Base sécurité sociale | Montant des honoraires | Montant restant à charge * | Date du règlement | | |