

Devis pour traitement d'orthopédie dento-faciale

- **Nom du patient** **Prénom**
- **Nom du responsable financier**
- (personne qui s'engage à verser les honoraires suivant les modalités et l'échéancier de ce devis)
- **Lien de parenté avec l'assuré**
- **Numéro de sécurité sociale**

- **Date :**

HONORAIRES

Remboursement actuel
de la sécurité sociale
(hors mutuelle)

- Examens		(Coef.* 1)	22,57 €
- Traitement actif		(Coef. 5)	7,53 €
- Début du traitement			
(acompte à verser à la pose de l'appareil)		(Coef. 45)	96,75 €
- Fin du 1^{er} semestre**		(Coef. 45)	96,75 €
- Semestres suivants		(Coef. 90)	193,50 €
(remboursés en fin de semestre)			
- Surveillance en phase d'interruption			
par consultation			
(au maximum deux par semestre)		(Coef. 5)	7,53 €
- Contention 1^{re} année		(Coef. 75)	161,25 €
- Contention 2^e année		(Coef. 50)	107,50 €

* Spécialiste qualifié en ODF : TO - Stomatologiste ODFMF : ORT

** Sauf cas particulier de quelques caisses qui remboursent coef. 90 au début du premier semestre.

Remarques éventuelles

Le silence gardé pendant plus de quinze jours par la caisse d'assurance maladie à la suite d'une demande de prise en charge vaut décision d'acceptation (1). Il vous a donc été recommandé d'envoyer la demande de premier semestre de traitement en lettre recommandée avec accusé de réception, ou de la remettre contre reçu à votre caisse d'assurance maladie afin de pouvoir prouver votre bonne foi au cas où celle-ci prétendrait par la suite ne pas avoir reçu votre demande.

C'est également à vous qu'il appartient de demander pour chaque semestre de traitement supplémentaire un nouvel accord. Une telle demande, qui vous est remise par votre praticien, doit être déposée à votre caisse deux semaines avant l'échéance du semestre écoulé. La même procédure que précédemment est alors recommandée.

L'accord de prise en charge de la caisse d'assurance maladie, comme le présent devis, ne sont valables que si le traitement est entrepris dans les six mois qui suivent leur établissement.

Le présent devis n'inclut pas les honoraires des radiographies qui pourraient s'avérer nécessaires avant, pendant ou après le traitement.

Le patient soussigné, ou ses parents ou tuteur légal, reconnaît avoir été pleinement informé par le praticien des conseils, des contraintes, des complications éventuelles, des limites et des risques concernant le traitement d'orthopédie dento-faciale et les techniques utilisées, ainsi que des modalités de prise en charge du traitement par l'assurance maladie.

(1) Article 38 du décret 2001-532 du 28 juin 2001 en application de la loi du 12 avril 2000 N° 2000-321.

Signature des parents ou du patient

Faire précéder la signature de la mention
"Lu et approuvé, bon pour accord"

Signature du praticien