



## Démarches à suivre

Ce devis est la propriété de l'assuré en application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 (loi Informatique et Liberté), tout assuré peut demander communication et modification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier informatique à l'usage de l'assureur.

# TRAITEMENT PROTHETIQUE, DENTAIRE, ORTHODONTIQUE ET INLAY / ONLAY “IDECLAIR”

Ce devis pour traitement prothétique, orthodontique et inlay/onlay est issu d'une collaboration entre les chirurgiens-dentistes et L'Apgis. Il nous apporte une meilleure connaissance de votre situation personnelle et nous permet ainsi une prise en charge plus précise de vos prestations dentaires.

1

### *Faites établir un devis par votre dentiste*

Avant de faire effectuer une (des) prothèse(s), un traitement orthodontique ou autre, demandez à votre dentiste de remplir un devis Ideclair.

N'oubliez pas de compléter les rubriques “Renseignements concernant le salarié” et, le cas échéant, si “le bénéficiaire n'est pas le salarié”.

2

### *Adressez ce devis à l'Apgis par courrier, fax, mail ou via votre espace assuré*

**L'Apgis** s'engage à vous transmettre sa réponse par retour de courrier sous 48 heures (hors délais postaux) :

- *L'Apgis calcule le montant de sa participation,*
- *L'Apgis étudie le devis et peut, soit donner son accord pour que vous puissiez bénéficier de la dispense d'avance des frais (tiers-payant) correspondant à la “part prise en charge par votre régime”, soit vous faire part de ses commentaires.*

3

### *Présentez le devis retourné par l'Apgis à votre dentiste*

- Si *l'Apgis* a donné son accord pour la dispense d'avance des frais :

*L'Apgis* rembourse directement à votre dentiste le montant de sa participation à l'aide de la prise en charge accompagnée de la facture correspondante, sous réserve :

- que la facturation des travaux effectués par le praticien corresponde exactement au devis,
- de l'ouverture des droits et du niveau des garanties en vigueur à la date des soins.

*Vous devez vous acquitter de la part Sécurité Sociale et de la part restant à votre charge auprès de votre dentiste.*

- Si *l'Apgis* n'a pas donné son accord pour la dispense d'avance des frais :

*Vous devez vous acquitter de la totalité de la facture.*

Pour la procédure de remboursement, il s'agit de la procédure habituelle.

**DEVIS**     **DEMANDE DE PRISE EN CHARGE AVEC TIERS-PAYANT**  
 pour traitements et actes bucco-dentaires pouvant faire l'objet d'une entente directe

Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Devis conforme à l'avenant N°3 à la convention nationale dentaire publié le 30/11/2013

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité.

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Identifiant du praticien RPPS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) :

N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire :

Adresse de l'assuré :

Tél. : ..... Adresse e-mail :

Nom de l'organisme complémentaire : ..... N° de contrat de l'adhérent :

Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire)

Date du devis : ..... / ..... / .....

Durée de validité :

Identification du patient

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° de Sécurité sociale  
de l'assuré :

..... / ..... / .....

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

Dispositions particulières : oui  non  Si oui, lesquelles ?

Lieu de fabrication du dispositif médical :

en France     au sein de l'Union Européenne     hors Union Européenne (Pays) :

sans sous-traitance du fabricant     avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée :     en France     au sein de l'Union Européenne     hors Union Européenne (Pays) :

A l'issue du traitement, il vous sera remis la déclaration de conformité\* du dispositif médical (\*document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

N° Dent ou localisation	Libellé de l'acte ou libellé orthodontique	Matériaux utilisés	Code CCAM ou pour l'orthodontie cotation NGAP	(A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure*	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C=A+B1+B2)	(D) Base de remboursement Assurance Maladie Obligatoire ou NR	(E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Réservé à l'organisme complémentaire
<b>TOTAL €</b>										

Matériaux et normes :	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007	2	Alliage semi précieux NF EN ISO 22674 3/2007	3	Alliage non précieux CoCr - NF EN ISO 22674 3/2007	4	Alliage non précieux NiCr - NF EN ISO 22674 3/2007
	5	Résine base NF EN ISO 1567 2000	6	Résine Dent NF EN ISO 22112 2005	7	Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000	8	Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999

\* Coût d'élaboration du dispositif médical  
 Le patient ou son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement  
 "J'autorise le recueil, l'analyse et le traitement des données de santé figurant sur ce devis, en vue du calcul et de la prise en charge de mes dépenses."

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

Total des honoraires

Signature du Chirurgien-dentiste