

CABINET DU DOCTEUR

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

À envoyer à votre mutuelle

ÉTABLI POUR

Nom / Prénom : _____

N° SS : _____

Mutuelle : _____

N° adhérent : _____

DEVIS D'ORTHODONTIE

Traitement par aligneurs transparents

Docteur _____, chirurgien-dentiste, vous propose :

1 TRAITEMENT D'ORTHODONTIE par aligneurs transparents pour rétablir l'occlusion fonctionnelle et esthétique.

Les honoraires pour un traitement complet sont fixés à un forfait total de :

FORFAIT TOTAL : 3500 euros

Ce forfait comprend :

- Étude et analyse du cas (photos, empreintes numériques, logiciel clin-check) : **200 euros**
Soit la codification Sécurité Sociale **TO20 (remboursement refusé chez l'adulte)**
- Traitement d'orthodontie (gouttières + visites de suivi) : **2100 euros**
Correspondant à environ 3 **semestres**, soit 700 **euros** par semestre
Soit la codification Sécurité Sociale 3 **× TO90 (remboursement refusé chez l'adulte)**
La prise en charge de la SS (TO90) s'élève à 193,50 € par semestre pour les traitements débutés avant l'âge de 16 ans.

⚠ IMPORTANT

Toute gouttière perdue ou cassée sera facturée 50 €. Tout traitement commencé est dû dans son intégralité à partir de la validation du clin-check. Si une correction s'avère nécessaire du fait de la non-assiduité du patient, elle sera facturée 400 €.

- Phase de contention post-traitement** (indispensable pour stabiliser le résultat) :
1re année (TO75 – refusé chez l'adulte) : **350 €** / arcade — soit 700 € les deux arcades
2e année (TO50 – refusé chez l'adulte) : **250 €** / arcade — soit 500 € les deux arcades (gouttières de nuit)
Cette phase de contention dure 2 à 3 ans et est indispensable pour pérenniser les résultats obtenus.

Ce devis est valable **6 mois** à compter de sa date d'émission.

Devis établi conformément à l'art. R. 4127-53 du Code de la santé publique.

Les honoraires indiqués sont TTC. Tout acte non prévu fera l'objet d'un avenant.

Le traitement débute uniquement après signature des deux parties.

BON POUR ACCORD

Lu et approuvé – Signature du patient

Date : _____

Signature du patient (ou représentant légal)

Cachet & signature du praticien

Ceci est exemple : sur demande je vous le fournirai en Word modifiable