

## AVIS DU CNC PRÉCÉDÉ DU RAPPORT RELATIF AUX PROTHESES DENTAIRES

NOR : ECOC9410262V

Le bureau du CNC, réuni le 6 juillet 1993, a adopté le mandat relatif à l'information préalable du consommateur en matière de prothèses dentaires.

Dans ce domaine, deux logiques difficilement conciliables s'affrontent :

– l'approche « santé publique », qui a pour conséquence la régulation des prix, la prise en charge des dépenses de santé :

– l'approche économique avec, comme corollaire, la concurrence.

On ne peut que déplorer l'insuffisance des remboursements concernant les prothèses dentaires et l'archaïsme de la protection sociale en ce domaine cela est évident : l'accès aux soins n'est pas assuré pour tous. Il serait en revanche irresponsable de demander à la sécurité sociale la prise en charge de prestations en laissant les praticiens en fixer librement le prix. Les études comparatives menées par l'INC (50) et *Que Choisir Santé* démontrent clairement que les coefficients appliqués par ces derniers sur les prix des laboratoires de prothèse varient de 3 à 10, avec une moyenne de 4,5. Bien que ce ne soit pas l'objet de ce mandat, il faudra bien également un jour lier protection sociale et prévention bucco-dentaire : en incitant par exemple les consommateurs à des bilans de santé bucco-dentaire réguliers leur permettant, en cas de suivi, une amélioration de leurs droits en cas d'obligation de traitement lourd.

Ce mandat constate que l'absence ou l'imprécision des devis ne permet pas au patient consommateur d'apprécier la nature, la qualité, le prix et l'origine de la prothèse, la nature des métaux et la composition des alliages utilisés.

Le dépouillement des plaintes de patients à l'encontre de leur dentiste reçues par l'INC fait ressortir qu'à 80 % elles concernent l'absence d'information préalable sur le coût et la qualité des prothèses.

L'ensemble de ces lacunes ont pour effet de détourner 50 % de la population concernée des soins prothétiques qui lui seraient nécessaires, avec toutes les conséquences ultérieures que ce fait peut entraîner. Une étude, publiée en novembre 1993 par le CREDES, met en évidence le fort taux de renoncement aux soins dentaires des Français. La cause d'éviction la plus fréquemment annoncée est financière. Selon une enquête Publimétrie réalisée en 1983 pour le compte de l'UNPPD (et contestée par le conseil de l'ordre), 60 à 70 % des patients concernés renoncent à se faire appareiller pour 74 % d'entre eux, du fait du faible taux de remboursement de la prothèse, pour 39 % en raison du prix élevé de la prothèse, et pour 16 % par manque d'information préalable. Il y a fort à craindre que ce phénomène n'aille en s'amplifiant : en effet, on constate qu'entre 1980 et 1988, les actes prothétiques sont passés de 11 à 9 % de l'activité des praticiens ; en 1988, le chiffre d'affaires déclaré par les praticiens pour les prothèses dentaires s'élevait à 13,5 milliards de francs, dont seulement 3,3 milliards faisaient l'objet d'une prise en charge. (*Que Choisir Santé* n° 2, novembre 1990.)

Le collègue Consommateur estime que l'élaboration d'un devis précis et détaillé permettrait au patient-consommateur de faire jouer la concurrence et de mieux maîtriser ses dépenses de santé, tout en lui garantissant une meilleure sécurité. Pour leur part, les chirurgiens-dentistes souhaitent une modification dans la présentation des devis, en cas de traitement « coûteux », qui permette

d'améliorer l'information des consommateurs, et donc d'améliorer leur capacité d'arbitrage.

De même, ils préconisent des rappels réguliers aux professionnels comme aux étudiants sur l'obligation d'information et d'explication de la nature et du coût des traitements, aux patients, ainsi que la mise en place de structures d'études, de concertation et d'information, incluant tous les intervenants du secteur, qui permettent une meilleure adéquation entre besoins en santé bucco-dentaire et financier collectif.

Le groupe de travail *ad hoc* s'est réuni à quatre reprises. Ont participé aux travaux, outre les représentants des organisations de consommateurs, des syndicats professionnels : praticiens (chirurgiens-dentistes et stomatologues), prothésistes dentaires, fondeurs affineurs, industrie dentaire, ainsi que les représentants de ministères concernés, et de l'AFNOR.

## I. LA SITUATION ACTUELLE

### 1. Les engagements des praticiens

Deux conventions nationales ont été successivement élaborées afin d'organiser les rapports entre chirurgiens-dentistes et caisse d'assurance maladie.

La première, approuvée par arrêté en mai 1983, imposait préalablement à toute intervention prothétique un devis descriptif écrit. Cette convention a été annulée par le Conseil d'État en 1986, à la suite d'un recours intenté par la profession. Les obligations conventionnelles restent cependant en vigueur.

La seconde convention, en attente de la signature du Gouvernement depuis 1991, reprend les dispositions de la précédente en matière de devis, en les précisant. Lors de la rédaction de ce texte, et dans un souci de transparence des prix, les caisses d'assurance maladie avaient souhaité que la facture du prothésiste soit jointe à la feuille de soins, lors de la demande de remboursement.

Il convient de préciser que les stomatologistes ne sont pas soumis à l'obligation de devis. Toutefois, à titre syndical, ils en recommandent l'usage, par souci de transparence.

En 1988, le secrétariat d'État à la consommation a obtenu que les chirurgiens-dentistes s'engagent à apposer dans leur salle d'attente une affiche prévenant les patients qu'il leur serait délivré une information sur les conditions de traitement, honoraires, modalités de paiement et conditions de prise en charge par la sécurité sociale.

Le 20 décembre 1990, Mme Véronique Neiertz faisait savoir au président de la Confédération nationale des syndicats dentaires qu'après enquête : 49,6 % des chirurgiens-dentistes (soit pratiquement un sur deux) avait apposé ce document, ce qui, précisait-elle, représentait un « taux relativement satisfaisant, mais ne répondant que partiellement aux attentes des consommateurs ».

Enfin, l'article 7 du Code de déontologie prévoyait qu'en matière d'honoraires, il devait y avoir « entente directe entre malade et chirurgien-dentiste ».

Le décret n° 94-500, publié au *Journal officiel* le 15 juin 1994, apporte des modifications au Code de déontologie des chirurgiens-dentistes, de nature à améliorer les relations entre les praticiens et les patients. Nous citerons notamment partie de l'article 33 :

« - le chirurgien-dentiste doit toujours déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure.

« - (...) »

« - le chirurgien-dentiste n'est jamais en droit de refuser à son patient des explications sur le montant de ses honoraires.

« - il ne peut solliciter un acompte que lorsque l'importance des soins le justifie et en se conformant aux usages de la profession. Il ne peut refuser d'établir un reçu pour tout versement d'acompte.

« - aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux patients.

« - lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient. »

Pour le collège Consommateur, force est de constater que ces divers engagements ne sont pas ou sont mal respectés : peu d'affichage, devis rares et peu détaillés, le plus souvent en deçà même du devis type inclus dans la convention de 1983, pourtant fort restreint.

Le déséquilibre qui existe entre la prise en charge des traitements prothétiques par l'assurance maladie et les honoraires pratiqués suscite nombre de réactions, qu'il convient d'analyser sans excès, ni d'un côté ni de l'autre. Il convient en effet de ne pas amalgamer tous les cas d'honoraires. Il n'en demeure pas moins que le problème existe et s'aggrave, ainsi que le confirment les statistiques récentes. On peut admettre que la pondération introduite dans les comptes de la santé en 1980 demande certainement à être réactualisée. Le nombre des dépenses dentaires non présentées au remboursement a certainement diminué sous le double effet suivant :

- la quasi-totalité de la population est affiliée à l'assurance maladie ;

- de nombreuses complémentaires maladie prennent en charge les traitements non remboursés par la sécurité sociale.

En 1993, les remboursements de soins dentaires par l'assurance maladie se sont élevés à 11980 millions de francs. Les assurances complémentaires ont remboursé à peu près la même somme, avec une charge légèrement supérieure pour les compagnies d'assurance.

## 2. Les litiges

Il semble difficile d'évaluer le nombre de plaintes de patients, l'absence d'organismes tiers en charge du traitement de ces plaintes nuisant à la pertinence de remontée des litiges.

Néanmoins, les organisations de consommateurs font état de dossiers en nombre significatif, qu'il est très souvent long et difficile de mener à leur terme en l'absence de toute référence contractuelle (absence de devis détaillé quasi générale).

Nous rappellerons à cet égard, que la « convention » signée en 1991 avec les caisses comporte, en son article 14, paragraphe 10, la prise en compte, par le comité paritaire, des cas soulevés pour « honoraires excessifs ». La profession dentaire est consciente de certains phénomènes, elle est pour une amélioration de cet état de fait, mais avec logique, circonspection et justesse, pour ne pas dire « justice ». Pour les chirurgiens-dentistes, les honoraires des traitements prothétiques compensent le déficit de charges sur les soins (et traitements chirurgicaux), et représentent la valeur du travail et des soins et de la chirurgie et de la prothèse.

Le collège Consommateurs quant à lui constate que les patients-consommateurs ne sont en fait jamais représentés par leurs pairs dans les structures d'arbitrage existantes, la commission paritaire étant composée exclusivement des représentants des syndicats professionnels et de ceux de la caisse d'assurance maladie, à parité, le Conseil de l'ordre étant un organisme purement professionnel.

Rappelons enfin que le praticien, seul interlocuteur du patient, est exclusivement responsables médicalement et juridiquement, de l'acte prothétique, et ce pendant trente ans ; cette responsabilité n'exonère toutefois pas le prothésiste de sa responsabilité du fait des produits.

Le Conseil d'État a considéré dans un arrêt du 14 mars 1973 que si l'art dentaire dont l'exercice relève de la compétence exclusive des personnes munies d'un diplôme d'État de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste comprend, outre la pratique du diagnostic et du traitement des maladies de dents, de la bouche et des maxillaires, la plus grande partie des opérations qui constituent la prothèse dentaire, et la fabrication du dispositif de prothèse ne relève pas de cet art ».

En termes économiques, pour les chirurgiens-dentistes, faire apparaître le coût de la pièce prothétique serait alors ramener la problématique à un « service marchand » (achat pour revente), alors que l'essentiel est la plus-value médicale et technique générée par le praticien, à laquelle il faut ajouter la valeur de l'équipe constituée par le chirurgien-dentiste et le prothésiste dentaire.

### 3. Le jeu de la concurrence

L'opacité de l'information préalable contribue à freiner le bon exercice de la concurrence. A cela s'ajoute le fait que le patient a tendance à accorder spontanément sa confiance pour la réalisation d'une prothèse au praticien qui a effectué les soins dentaires. Cependant, le prix constitue un obstacle important à cette réalisation : 50 % de la population concernée renonce aujourd'hui à se faire appareiller pour ce motif.

L'une des conséquences constatées est la tendance des patients consommateurs à se tourner vers des prothésistes, ou des « denturologues », pour se faire appareiller directement, à moindre coût ; syndicats de praticiens comme de prothésistes s'élèvent contre cette pratique – au demeurant illicite – invoquant l'insuffisance de formation des professionnels concernés. Mais si cet argument est fondé lorsque des soins sont nécessaires, qu'en est-il dans le cas contraire ?

Le collège Consommateurs considère que la réalisation d'un devis détaillé permettrait l'exercice de la concurrence et aurait une incidence sur le niveau des prix, relançant ainsi un secteur d'activité en réel déclin, tout en améliorant notablement le niveau de soins pour la population concernée.

De l'aven même des professionnels, le blocage des honoraires est compensé par un niveau de prix élevé en matière de prothèse. A cela, il faut ajouter que la faculté contributive du système d'assurance maladie ne permet pas d'assurer un niveau de remboursement satisfaisant. L'exemple des prothèses adjuvées, agrées en 1974, mais à ce jour non répertoriées à la nomenclature illustre le décalage existant entre le principe de l'accès aux soins et leur réelle prise en charge.

### 4. Qualité, sécurité

Le prothésiste dentaire relève du secteur de l'artisanat, et la profession tient à rester dans ce secteur. Toutefois, il convient de constater qu'il n'est besoin d'aucun diplôme pour exercer cette activité. La France est le seul pays d'Europe où n'importe qui peut réaliser des prothèses dentaires.

La profession, bien qu'ayant obtenu une formation en niveau IV homologué (brevet technique des métiers) et que le brevet de maîtrise supérieure et technique (BMST), niveau III, soit en passe d'être homologué, revendique l'obligation d'un diplôme homologué pour l'exercice de la profession en France.

Il semblerait normal qu'une profession dont l'activité a trait à la santé, bien que n'ayant théoriquement aucun contact avec le public réponde aux exigences indispensables à la sécurité de ce public.

Il convient de signaler l'heureuse initiative prise par l'Union nationale patronale des prothésistes dentaires (UNPPD) en créant l'EMC (Euro-mémo-carte) qui décrit la composition exacte des prothèses dentaires. Celle-ci est communiquée par le prothésiste dentaire au chirurgien-dentiste, qui la confie au patient.

Dans le souci d'une prothèse de qualité, le président de l'UNPPD a écrit dans son dernier éditorial (juin 1994) qu'après l'Euro-mémo-carte, son syndicat était prêt à créer une « charte vérité assurance qualité » à laquelle les prothésistes dentaires pourraient adhérer.

Il semble que la concurrence, qui correspond pourtant bien à l'idéologie libérale dont se prévaut la plus grande partie de la profession dentaire, s'exerce plutôt vis-à-vis des prothésistes, qui subissent de plein fouet à la fois la demande de prix bas des praticiens (leurs prix moyens sont actuellement au niveau de 1983) et l'importation massive de prothèses d'origine extérieure à l'Union européenne.

Ces facteurs conjugués ont une incidence notable sur la qualité et la sécurité des prothèses ou des produits utilisés pour leur fabrication, en particulier sur l'utilisation d'alliages non précieux n'offrant pas toutes garanties pour le patient. En 1992, 8 tonnes de métaux non précieux (nickel, chrome, cobalt) ont été utilisées en prothèses, contre 900 kilogrammes seulement d'alliages précieux.

Ces métaux non précieux provenaient majoritairement d'Amérique, pour ce qui concerne les alliages nickel-chrome-béryllium, et d'Allemagne (excepté une entreprise française) pour les alliages traditionnels sans béryllium.

Le collège Consommateur constate que cette politique des bas prix ne trouve pas sa traduction dans le coût supporté par le patient.

Tout au long des travaux du groupe *ad hoc*, a été souligné par le collège Consommateur le danger constitué par l'utilisation d'alliages non précieux tels que nickel-chrome. Il convient de rappeler que l'utilisation de ces alliages est interdite en Suède et aux États-Unis. L'Union européenne travaille à l'élaboration d'une directive limitant l'usage du nickel à 0,5 microgramme par centimètre carré pour les bijoux et autres objets personnels, ce métal étant susceptible de provoquer des allergies graves.

Sur ce point, les professionnels ont indiqué que, si des recherches effectuées sur des souris confirment le danger du nickel (apparition de sarcomes), rien n'en démontre clairement la nocivité sur l'homme. Néanmoins, dans l'intérêt de la santé publique et de sa mission, la profession est désireuse d'utiliser des matériaux éprouvés et normalisés. La référence à des normes garantissant les patients pourrait figurer sur les devis.

En janvier 1990, la revue 50 (n° 224) évoquait les problèmes d'allergie au nickel touchant une femme sur dix, et provoquant des dermatoses au contact prolongé de ce métal, au chrome (plus répandus chez l'homme), ainsi que les effets liés à la corrosion des métaux (migration des ions métalliques, entraînant des risques d'eczémas). L'accent a été mis par les praticiens et les prothésistes durant les réunions du groupe *ad hoc*, sur les risques de bimétallisme consécutifs à la cohabitation de métaux divers. On peut donc s'interroger à défaut de preuve absolue, sur les fortes présomptions pesant sur les risques d'utilisation de certains métaux.

Le collège Consommateurs regrette de n'avoir pu obtenir d'information sur les travaux réalisés notamment en Suède (utilisation du nickel-chrome, migration des métaux...), qui auraient sans doute éclairé les débats. Il estime néanmoins que les présomptions de dangerosité qui pèsent sur le nickel et les alliages cités sont telles que les moyens d'interdire leur utilisation doivent être recherchés très rapidement. De même, pour les patients, ayant déjà en bouche de tels métaux ou alliages, doivent être proposées des prothèses comparables évitant tout risque de bimétallisme.

## II. UN NOUVEAU CADRE JURIDIQUE

### 1. La directive n° 93/42 CEE relative aux dispositifs médicaux

Ce texte, publié au *Journal officiel* des communautés européennes le 12 juillet 1993, a été transposé en droit français par la loi n° 9443 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale (*Journal officiel* du 19 janvier 1994).

La directive concerne l'ensemble des dispositifs médicaux, à l'exception des dispositifs implantables actifs. Elle vise les États membres ainsi que l'AELE.

Elle entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1995. Jusqu'au 15 juin 1998, les réglementations européenne et nationale pourront être suivies parallèlement.

Elle introduit un principe de contrôle novateur : attaché à la fois à l'examen du produit, à sa qualité de fabrication et, dans certains cas, à sa conception (prise en compte des données cliniques).

La directive définit le « fabricant » comme personne physique ou morale, responsable de la conception, de la fabrication du conditionnement, du marquage, étiquetage, emballage d'un dispositif, en vue de sa mise sur le marché en son propre nom, que ces opérations soient effectuées par cette même personne ou pour son compte.

Les professionnels présents se sont interrogés sur la nature des prothèses médicales : sont-elles des dispositifs continus adaptables, ou des dispositifs sur mesure au sens de l'article 1<sup>er</sup>, 2d (ce qui aurait pour conséquence d'astreindre le fabricant à une déclaration spécifique pour chaque prothèse mise en bouche...)?

De même, la notion de « fabricant » n'a pas semblé claire à chacun ; s'agit-il du prothésiste dentaire ou du praticien ? Les prothésistes soulignent, quant à eux, que leur code APE (33.1 B) et leur code européen (NAFA 33.1 B.B) les définissent tous deux comme fabricants d'appareils médico-chirurgicaux (orthèses, prothèses)... Il serait sans doute souhaitable de parvenir à une définition compréhensible pour le patient consommateur, comme pour les professionnels concernés.

Un système de classification croissante en fonction du risque potentiel est mis en place :

- classe 1 (ex. : fraises dentaires, matériaux pour empreintes, aspirateurs de salive) ;
- classe 2 a (ex. : alliages de métaux précieux à usage clinique, dents préformées...)
- classe 2 b (ex. : implants endo-osseux) ;
- classe 3 (ex. : implants endo-osseux incorporant un médicament).

L'annexe I traite des exigences essentielles : « les dispositifs doivent être conçus et fabriqués de telle manière que leur utilisation ne compromette pas l'état clinique et la sécurité des patients ni la sécurité et la santé des utilisateurs... (art. 1<sup>er</sup>), les performances annoncées par le fabricant doivent être atteintes et maintenues.

Les modes de preuve pour la conformité aux exigences essentielles varient selon la classification :

- déclaration de conformité en classe 1 ;
- déclaration CE avec intervention d'un organisme notifié pour les autres classes, le fabricant ayant le choix entre différents systèmes ;
- les référentiels privilégiés sont les normes harmonisées.

### 2. Normalisation

Il existe actuellement quatre-vingts normes en art dentaire :

- dix-sept portant sur la terminologie ;
- trente-trois sur l'instrumentation ;
- vingt-neuf (européennes ou françaises) sur les produits.

Toutes ces normes sont applicables et peuvent servir à l'attribution de la marque NF-dentaire. Cette marque comporte une assurance qualité au niveau de la fabrication des produits. Elle est basée sur la démarche volontaire du fabricant.

Selon l'AFNOR, les nombreux produits normalisés sont peu utilisés ; les prothésistes, favorables à leur utilisation, soulignent, d'une part que, sauf pour les éléments céramo-métalliques, les normes sont en nombre suffisant, mais que leur utilisation suppose une demande des praticiens.

Les deux collègues estiment que l'utilisation de produits normalisés pourrait constituer le minimum de sécurité exigible pour le consommateur.

Il appartiendra au « fabricant » de s'assurer du respect des exigences essentielles telles que définies à l'annexe I de la directive n° 93/42.

La certification d'entreprises évoquée à plusieurs reprises pourrait, à terme :

- favoriser l'utilisation des produits normalisés ;
- garantir la qualité et la sécurité des dispositifs ;
- identifier clairement leur origine.

Les deux collègues se félicitent du consensus large qui se dégage pour une certification d'entreprise. Cette démarche suppose néanmoins l'élaboration d'une norme adaptée à la dimension d'entreprises artisanales. Elle devra être élargie aux praticiens.

## AVIS DU CNC

### 1. *En matière non réglementaire* :

Le CNC préconise :

- l'utilisation de produits conformes aux normes homologuées ;
- la diffusion corrélatrice auprès des praticiens d'un document d'information sur les produits issus des normes homologuées AFNOR ;
- une meilleure prise en compte des actes du secteur bucco-dentaire, tant par l'Etat que par l'administration et les caisses appelées à leur remboursement ;
- la mise en adéquation des contrats d'assurance volontaire et le système conventionnel avec leur mission d'organiser et d'assurer l'accès aux soins dentaires pour tous ;

– que soient engagés des travaux concernant l'élaboration de référentiels en vue de la certification d'entreprise, prenant en compte le règlement des litiges, et associant l'ensemble des professions concernées, l'Afnor et le groupe de travail *ad hoc* ;

– le maintien du groupe de travail ad hoc afin d'assurer le suivi des propositions du CNC sur un an et d'apporter ultérieurement les correctifs nécessaires à la meilleure information du consommateur.

### 2. *En matière réglementaire* :

Le CNC propose que soient prises les mesures réglementaires suivantes :

– l'interdiction des métaux ou alliages non précieux présusés dangereux pour l'homme, suite à la définition de normes homologuées ;

– de réglementer l'obligation d'un diplôme homologué pour l'exercice de la profession de prothésiste dentaire ;

– l'apposition d'affichettes dans les salles d'attente des praticiens, pouvant être du type suivant :

Pour tout acte prothétique :

Un devis préalable doit vous être remis.

Vous pouvez verser des acomptes en cours de réalisation. Toutefois, vous devez savoir que les remboursements de cet acte n'interviendront qu'en fin d'exécution ;

- l'adoption d'un devis global précisant :
- la nature de la prothèse ;
- sa localisation ;
- sa description ;
- sa composition ;
- son origine de fabrication (U.E. ou autre) ;
- le coût global de l'acte prothétique (avec mention facultative de l'estimation des travaux de laboratoire correspondants) ;
- sa base de remboursement ;
- la part restant à la charge des patients ;
- les modalités du règlement, avec, sous cette rubrique, l'ajout de la mention : « ces modalités de paiement sont établies en accord avec votre praticien. Il est cependant précisé que l'assurance maladie ne rembourse qu'après exécution de l'acte » ;

(voir devis type en annexe) ;

– l'adjonction au carnet de santé de chaque individu de quatre pages concernant les interventions bucco-dentaires, et plus spécifiquement en matière d'acte prothétique, permettant notamment de connaître les matériaux employés ;

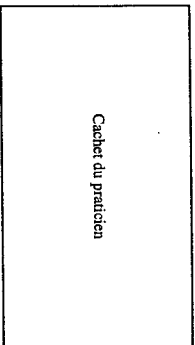
– l'obligation pour le praticien de joindre à la feuille de soins remise au patient copie de la facture du laboratoire concernant l'acte prothétique.

Les membres du CNC, réunis en formation plénière le 13 décembre 1994, ont adopté l'avis à l'unanimité des deux collègues, moins une abstention pour le collègue des professionnels.

ANNEXE

**DEVIS POUR TRAITEMENT PROTHÉTIQUE**

(Un devis doit également être établi en cas d'INLAY et d'ONLAY)

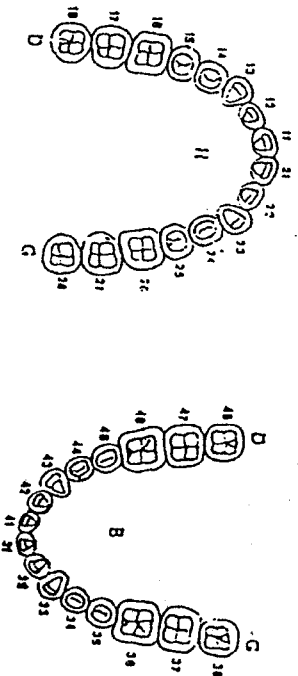


Date : .....

Nom du patient : .....

1. Nature de la prothèse :
- |            |                          |            |                          |
|------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Provisoire | <input type="checkbox"/> | Définitive | <input type="checkbox"/> |
| Fixe       | <input type="checkbox"/> | Fixe       | <input type="checkbox"/> |
| Amovible   | <input type="checkbox"/> | Amovible   | <input type="checkbox"/> |

2. Dents concernées :



3. Description : .....

4. Matériaux :

	DÉNOMINATION	NORME	PONDERATION
	Précieux jaune	<input type="checkbox"/>	.....
	Précieux blanc	<input type="checkbox"/>	.....
	Non précieux	<input type="checkbox"/>	.....
	Résine	<input type="checkbox"/>	.....
	Céramique	<input type="checkbox"/>	.....
	Origine de fabrication :	UE <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>

6. Coût total de l'acte prothétique : ..... F

7. Dont estimation des travaux de laboratoire : ..... F  
(mention facultative)

8. Montant de la base du remboursement : ..... F  
(sous réserve d'accord de la caisse)

9. Part restant à la charge du patient : ..... F  
(en cas d'accord de la caisse)

10. Modalités de règlement : .....

Ces modalités de paiement sont établies en accord avec votre praticien ; il est cependant précisé que l'assurance maladie ne rembourse qu'après exécution de l'acte.

Le présent devis est valable : ..... mois.

Le patient accepte le présent devis avant d'avoir eu connaissance de la réponse de la caisse à la demande d'entente préalable.

Le patient accepte le présent devis après avoir eu connaissance de la réponse de la caisse.

Signature du praticien,

Signature du patient,