



TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS

IDENTIFICATION / ASSURÉ - PATIENT (à remplir par l'Assuré)

Form fields for identification: Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé, Votre N° de contrat/adhérent, Nom de votre entreprise (si contrat collectif)

Form fields for patient details: Assuré, Patient, Adresse, Code postal, Ville, Téléphone fixe, Téléphone portable, Mail, J'accepte de recevoir des informations par mail

DEVIS DENTAIRE POUR TRAITEMENT PROTHÉTIQUE (à remplir par le professionnel de santé)

Indiquez sur le schéma la situation initiale :

SCHEMA DENTAIRE

- o Obturation coronaire
+ Prothèse
X Dent absente
= Inter de bridge
↓ Dent à extraire
■ Implant

Dental chart grid with teeth numbered 18-28 and 48-41, 31-38

Arcade complète : □ Haut □ Bas

Désignation : □ Fixe □ Amovible □ Autre (précisez)

Main table for dental treatment with columns: Type de prothèse, N° des dents, Cotation, Matériaux (NP, SP, Précieux), Prix d'achat prothèse en €, Honoraires prestation(s) associée(s) en €, Honoraires Totaux en €

Montant total du devis

Cachet et signature du praticien

Date du devis

Cachet et signature

N° ADELI :

N° RPPS :

Nom du praticien :

\*cf. Code de la Santé Publique

MMA - Vigie - Santéclair - Devis Dentaire - XX XXX - Août 2014
Ce document est la propriété de l'assuré. En application de la loi informatique et modification des informations qui figurent sur tout fichier informatique auprès de Santéclair.
Santéclair - S.A. au capital de 3 834 030 € ayant son siège au 78 bd. de la République - 92100 Boulogne-Billancourt - Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 428 704 977



TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS

IDENTIFICATION / ASSURÉ - PATIENT (à remplir par l'Assuré)

Form fields for patient identification: Nom de l'organisme gestionnaire, Votre N° de contrat/adhèrent, Nom de votre entreprise, Assuré/Patient details, Adresse, Code postal, Ville, Téléphone fixe/portable, Mail.

DEVIS D'ORTHODONTIE (à remplir par le professionnel de santé)

Diagnostic section: Anomalie(s) basale(s), Anomalie(s) alvéolaire(s), Anomalie(s) dentaire(s), Denture, Articulé inversé, Facteurs fonctionnels, Classe dentaire.

Table for treatment costs: Désignation de l'acte, Cotation sécurité sociale, Honoraires, Tarif prothésiste, Honoraires praticien, Honoraires totaux.

DEVIS DE PARODONTIE

Parodontitis assessment: Indiquer sur schéma la situation initiale, Présence de mobilité dentaire, Présence de dénudation radiculaire, Présence d'une pathologie de l'occlusion.

Plan de traitement

Treatment plan table: Traitement, Cotation SS, Honoraires (1), Traitement, Cotation SS, Honoraires (2).

Montant total des honoraires, Montant total du devis, Cachet et signature du praticien.

Date du devis

Cachet et signature

N° ADELI

N° RPPS

Nom du praticien

\*cf. Code de la Santé Publique