

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Votre en tête |  |  |

**Date : valable jusqu’au :**

|  |  |
| --- | --- |
| Origine du dispositif | ⃝Aucun ⃝ France ⃝Europe + Suisse ⃝Hors Europe, préciser : |

**Description du traitement :** .

|  |
| --- |
| **Montant des honoraires :** |



**Signature du patient** (ou de son représentant légal) **Signature du chirurgien-dentiste**



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dent | Description de l’acte | Matériau utilisé \*\* | Code CCAM | Groupe | Honoraires | Base de Remboursement | Reste à charge  \* | Réservé à la complémentaire |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total** | |  |  |  |  |

