

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

**Date : valable jusqu’au :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **□** en France□ en UE, EEE, (+Suisse)□ hors EEE**□** au cabinet |  | □ en France□ en UE, EEE, (+Suisse)□hors EEE |

**Description du traitement :** .

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



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



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dent | Description de l’élément  | Matériau utilisé \*\* | Code CCAM | Groupe | prix de vente\*\* | Prestation de soins \*\* | Honoraires totaux | Base de Remboursement  | Reste à charge\* | Réservé à la complémentaire |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |  |



