

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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** | |  |  |  |  |  |  |



