

DEVIS

pour traitements et actes bucco-dentaires pouvant faire l'objet d'une entente directe

ou faisant l'objet d'un dépassement d'honoraires dans les limites fixées

par les arrêtés du 31.12.1999 et du 15.01.2000, modifiés par les arrêtés du 10.04.2002 et du 30.05.2006

Devis conforme à l'article 4.2.1 et à l'annexe III de la Convention Nationale des Chirurgiens-dentistes

Ce devis est la propriété du patient, sa communication à un tiers se fait sous sa seule responsabilité.

Identification du Chirurgien-dentiste traitant
(avec numéro ADELI/FINESS) :

Identification du patient :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Date d'établissement du devis :

Durée de validité du devis :

Espace réservé à la transmission, par les assurés à des tiers, de données administratives complémentaires :

Coordonnées de l'assuré/adhérent :

Nom de l'organisme complémentaire :

Numéro INSEE :

N° de contrat ou d'adhérent :

Adresse :

Référence dossier (à renseigner par l'organisme complémentaire) :

Tél. :

Dispositions particulières : OUI NON Si oui, lesquelles ?

Description du traitement proposé :

Matériaux et normes :

1	Alliage précieux NF EN ISO 1562 1995
2	Alliage semi-précieux NF EN ISO 8891 2000
3	Alliage non précieux CoCr NF EN ISO 6871/1 1997
4	Alliage non précieux NiCr NF EN ISO 6871/2 1997
5	Résine Base NF EN ISO 1567 2000
6	Résine Dent NF EN ISO 22112 2005
7	Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000
8	Céramique dentaire NF EN ISO 6872 1999

Total des honoraires :

Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement.

Date et signature
du patient
ou du responsable légal :

Signature
du Chirurgien-dentiste :

NOTE D'HONORAIRES

TVA non applicable - article 261 du CGI

Numéro de facture :

Date :

Identification du Chirurgien-dentiste traitant
(avec numéro ADELI/FINESS) :

Identification du patient :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Date d'établissement du devis :

Date de fin de traitement :

Espace réservé à la transmission, par les assurés à des tiers, de données administratives complémentaires :

Coordonnées de l'assuré/adhérent :

Nom de l'organisme complémentaire :

Numéro INSEE :

N° de contrat ou d'adhérent :

Adresse :

Tél. :

Référence dossier (à renseigner par l'organisme complémentaire) :

Dispositions particulières : OUI NON Si oui, lesquelles ?

Description du traitement réalisé :

Matériaux et normes :

1	Alliage précieux NF EN ISO 1562 1995
2	Alliage semi-précieux NF EN ISO 8891 2000
3	Alliage non précieux CoCr NF EN ISO 6871/1 1997
4	Alliage non précieux NiCr NF EN ISO 6871/2 1997
5	Résine Base NF EN ISO 1567 2000
6	Résine Dent NF EN ISO 22112 2005
7	Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000
8	Céramique dentaire NF EN ISO 6872 1999

Total des honoraires :

**Le praticien certifie
avoir exécuté l'intégralité
du traitement.**

Signature
du Chirurgien-dentiste :

Somme réglée

ce jour

le

Conditions de règlement :

- Paiement à réception de facture.
- Pénalités exigibles pour paiement tardif :
1,5 x le taux de l'intérêt légal
- Membre d'une Association Agréée,
règlement des honoraires
par chèque accepté.

