

S FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE
(s compris dans ce devis)

de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité

Date du devis :	Jeudi 21 Aout 2014
Durée de validité :	
Identification du patient	
Nom et prénom	
Date de naissance :	
N° de Sécurité sociale de l'assuré :	

A remplir par le chirurgien-dentiste. Description du traitement proposé :	

Particulières : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles ?	
Veuillez patienter...	
-O- Hors UE(Pays) :	
UE, EEE, Suisse -O- Hors UE(Pays) :	
empir par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)	

des actes :

(B2) charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires du devis	(D) Base de remboursement Assurance Maladie Obligatoire ou NR	(E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Réservé à l'organisme complémentaire
		NR		
(en euros) :		NR		

n précieux CoCr- NF EN ISO 22674 3/2007	4	Alliage non précieux NiCr- NF EN ISO 22674 3/2007
métallique NF EN ISO 9693 2000	8	Ceramo dentaire NF EN ISO 6872 1999

	Signature du chirurgien dentiste