



Devis

Traitement prothétique

www.prevadies.fr



Prévadiès
Harmonie Mutuelles

PLUS PROCHES, PLUS HUMAINS, PLUS UTILES

Devis pour traitement prothétique n°

Cachet du praticien

Pour dispense d'avance des frais Oui Non

(Titre I - Art. 6 et 7 de la convention entre les chirurgiens-dentistes et les Caisses d'Assurance maladie)
Ce devis est la propriété de l'assuré. En application des textes conventionnels, la Commission paritaire départementale peut en demander communication.

Date
Nom et prénom du patient
N° adhérent à la Mutuelle
Adresse
Code Postal Ville

Durée de validité

- Ce devis ne comporte que des travaux acceptables de la part de la Sécurité sociale.
- Ce devis comporte des travaux non acceptables ou partiellement acceptables par la Sécurité sociale ou pris en charge par assimilation.

Désignation des actes

Légende

Ne faire figurer sur ce schéma que la proposition de la ou des prothèses à réaliser.
Noter dans la case correspondant à chaque dent, le code de la prothèse à réaliser.

Exemple : Couronne métallique + provisoire C 11
Exemple : Couronne céramique, veuillez noter C 7

Prothèse amovible

Métallique CoCr M
(NF EN 6871/1)
Résine R
Immédiate E

Type d'élément

Couronne unitaire C
Pilier de bridge P
Inter-élément de bridge I

Prothèse fixée

Matériau utilisé

Métal non précieux (NF EN 6871/2) <input type="checkbox"/> 1	CIV céramique métal non précieux <input type="checkbox"/> 5
Métal semi précieux (NF EN ISO8891) <input type="checkbox"/> 8	CIV céramique métal semi et précieux <input type="checkbox"/> 6
Métal précieux (NF EN 21562) <input type="checkbox"/> 4	Céramométal métal non précieux <input type="checkbox"/> 3
CIV résine métal non précieux <input type="checkbox"/> 2	Céramométal métal semi et précieux <input type="checkbox"/> 0
CIV résine métal semi et précieux <input type="checkbox"/> 9	Céramique pure <input type="checkbox"/> 7

Porter 1 en dizaine en cas de réalisation de prothèse provisoire.

Schéma

Dents « visibles »

Fixe Amovible Autre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Inlays core sur Inlays - Onlays sur

Désignation et description détaillée des actes non décrits sur le schéma ci-dessus : diverses prothèses, ODF, traitement H. N. et motif du non acceptable

Si la garantie prévoit une participation en cas d'actes non acceptables par le Contrôle Dentaire du régime d'Assurance maladie, seul l'avis favorable du dentiste-conseiller de la mutuelle sera retenu pour prétendre au versement de cette participation.
Tout dossier prothétique ou d'ODF présenté en vue d'un remboursement par la mutuelle doit être accompagné du présent devis-facture justifiant avec précision le travail exécuté, les matériaux utilisés, ainsi que de l'original ou la copie de l'avis de l'accord du Contrôle Dentaire (s'il y a lieu).

Cotation des actes selon N.A.G.P. : SPR ou TO

Montant de la base de remboursement Sécurité sociale des actes acceptables (calculé au tarif applicable actuellement)

Montant total des honoraires

SPR ou TO soit €
(Si E.D.) Inlays core SPR soit €
Inlays core si E.D. €

Le patient accepte de régler le chirurgien-dentiste pour le montant total des honoraires si, à l'exécution des actes, ce patient n'a plus de droits ouverts à la mutuelle.
Merci de compléter ce document avec précision et dans son intégralité sous peine de retour par nos services.

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

Signature du Praticien

Signature du Patient

1^{er} exemplaire destiné à la mutuelle
2^e exemplaire destiné à l'adhérent
3^e exemplaire destiné au chirurgien-dentiste

Ce devis pour traitement prothétique est issu d'une collaboration entre les chirurgiens-dentistes et la mutuelle. Il nous apporte une meilleure connaissance de votre situation personnelle et nous permet une meilleure prise en charge de vos prestations dentaires. Pour en savoir plus sur votre prise en charge vous pouvez également consulter le guide dentaire Prévadiès.

En application des articles 27, 32, 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 (Loi Informatique et Libertés), modifiée par la Loi de Confiance sur l'Économie Numérique de juin 2004, je suis informé(e) de ce que mes réponses sont nécessaires pour mon affiliation et le traitement de mon dossier. Je peux demander communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier me concernant en m'adressant à la mutuelle.



Devis pour traitement prothétique n°

Pour dispense d'avance des frais Oui Non

(Titre I - Art. 6 et 7 de la convention entre les chirurgiens-dentistes et les Caisses d'Assurance maladie)
Ce devis est la propriété de l'assuré. En application des textes conventionnels, la Commission paritaire départementale peut en demander communication.

Cachet du praticien

Date
Nom et prénom du patient
N° adhérent à la Mutuelle
Adresse
Code Postal Ville

Durée de validité

- Ce devis ne comporte que des travaux acceptables de la part de la Sécurité sociale.
- Ce devis comporte des travaux non acceptables ou partiellement acceptables par la Sécurité sociale ou pris en charge par assimilation.

Désignation des actes

Légende

Ne faire figurer sur ce schéma que la proposition de la ou des prothèses à réaliser.
Noter dans la case correspondant à chaque dent, le code de la prothèse à réaliser.

Exemple : Couronne métallique + provisoire C 11
Exemple : Couronne céramique, veuillez noter C 7

Prothèse amovible

Métallique CoCr M
(NF EN 6871/1)
Résine R
Immédiate E

Type d'élément

Couronne unitaire C
Pilier de bridge P
Inter-élément de bridge I

Prothèse fixée

Matériau utilisé

Métal non précieux (NF EN 6871/2) 1
Métal semi précieux (NF EN ISO8891) 8
Métal précieux (NF EN 21562) 4
CIV résine métal non précieux 2
CIV résine métal semi et précieux 9
CIV céramique métal non précieux 5
CIV céramique métal semi et précieux 6
Céramométal métal non précieux 3
Céramométal métal semi et précieux 0
Céramique pure 7

Porter 1 en dizaine en cas de réalisation de prothèse provisoire.

Schéma

Dents « visibles »

Fixe Amovible Autre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Inlays core sur

Inlays - Onlays sur

Désignation et description détaillée des actes non décrits sur le schéma ci-dessus : diverses prothèses, ODF, traitement H. N. et motif du non acceptable

Si la garantie prévoit une participation en cas d'actes non acceptables par le Contrôle Dentaire du régime d'Assurance maladie, seul l'avis favorable du dentiste-conseiller de la mutuelle sera retenu pour prétendre au versement de cette participation.

Tout dossier prothétique ou d'ODF présenté en vue d'un remboursement par la mutuelle doit être accompagné du présent devis-facture justifiant avec précision le travail exécuté, les matériaux utilisés, ainsi que de l'original ou la copie de l'avis de l'accord du Contrôle Dentaire (s'il y a lieu).

Cotation des actes selon N.A.G.P. : SPR ou TO

Montant de la base de remboursement Sécurité sociale des actes acceptables (calculé au tarif applicable actuellement)

Montant total des honoraires

SPR ou TO soit €
(Si E.D.) Inlays core SPR soit €

..... €
Inlays core si E.D. €

Le patient accepte de régler le chirurgien-dentiste pour le montant total des honoraires si, à l'exécution des actes, ce patient n'a plus de droits ouverts à la mutuelle.

Merci de compléter ce document avec précision et dans son intégralité sous peine de retour par nos services.

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

Signature du Praticien

Signature du Patient

1^{er} exemplaire destiné à la mutuelle
2^e exemplaire destiné à l'adhérent
3^e exemplaire destiné au chirurgien-dentiste

Ce devis pour traitement prothétique est issu d'une collaboration entre les chirurgiens-dentistes et la mutuelle. Il nous apporte une meilleure connaissance de votre situation personnelle et nous permet une meilleure prise en charge de vos prestations dentaires. Pour en savoir plus sur votre prise en charge vous pouvez également consulter le guide dentaire Prévadiès.

En application des articles 27, 32, 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 (Loi Informatique et Libertés), modifiée par la Loi de Confiance sur l'Économie Numérique de juin 2004, je suis informé(e) de ce que mes réponses sont nécessaires pour mon affiliation et le traitement de mon dossier. Je peux demander communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier me concernant en m'adressant à la mutuelle.



Devis pour traitement prothétique n°

Cachet du praticien

Pour dispense d'avance des frais Oui Non

(Titre I - Art. 6 et 7 de la convention entre les chirurgiens-dentistes et les Caisses d'Assurance maladie)
Ce devis est la propriété de l'assuré. En application des textes conventionnels, la Commission paritaire départementale peut en demander communication.

Date
Nom et prénom du patient
N° adhérent à la Mutuelle
Adresse
Code Postal Ville

Durée de validité

- Ce devis ne comporte que des travaux acceptables de la part de la Sécurité sociale.
- Ce devis comporte des travaux non acceptables ou partiellement acceptables par la Sécurité sociale ou pris en charge par assimilation.

Désignation des actes

Légende

Ne faire figurer sur ce schéma que la proposition de la ou des prothèses à réaliser.
Noter dans la case correspondant à chaque dent, le code de la prothèse à réaliser.

Exemple : Couronne métallique + provisoire C 11
Exemple : Couronne céramique, veuillez noter C 7

Prothèse amovible

Métallique CoCr M
(NF EN 6871/1)
Résine R
Immédiate E

Type d'élément

Couronne unitaire C
Pilier de bridge P
Inter-élément de bridge I

Prothèse fixée

Matériau utilisé

Métal non précieux (NF EN 6871/2) <input type="checkbox"/> 1	CIV céramique métal non précieux <input type="checkbox"/> 5
Métal semi précieux (NF EN ISO8891) <input type="checkbox"/> 8	CIV céramique métal semi et précieux <input type="checkbox"/> 6
Métal précieux (NF EN 21562) <input type="checkbox"/> 4	Céramométal métal non précieux <input type="checkbox"/> 3
CIV résine métal non précieux <input type="checkbox"/> 2	Céramométal métal semi et précieux <input type="checkbox"/> 0
CIV résine métal semi et précieux <input type="checkbox"/> 9	Céramique pure <input type="checkbox"/> 7

Porter 1 en dizaine en cas de réalisation de prothèse provisoire.

Schéma

Dents « visibles »

Fixe Amovible Autre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Inlays core sur

Inlays - Onlays sur

Désignation et description détaillée des actes non décrits sur le schéma ci-dessus : diverses prothèses, ODF, traitement H. N. et motif du non acceptable

Si la garantie prévoit une participation en cas d'actes non acceptables par le Contrôle Dentaire du régime d'Assurance maladie, seul l'avis favorable du dentiste-conseiller de la mutuelle sera retenu pour prétendre au versement de cette participation.

Tout dossier prothétique ou d'ODF présenté en vue d'un remboursement par la mutuelle doit être accompagné du présent devis-facture justifiant avec précision le travail exécuté, les matériaux utilisés, ainsi que de l'original ou la copie de l'avis de l'accord du Contrôle Dentaire (s'il y a lieu).

Cotation des actes selon N.A.G.P. : SPR ou TO

Montant de la base de remboursement Sécurité sociale des actes acceptables (calculé au tarif applicable actuellement)

Montant total des honoraires

SPR ou TO soit €
(Si E.D.) Inlays core SPR soit €

..... €
Inlays core si E.D. €

Le patient accepte de régler le chirurgien-dentiste pour le montant total des honoraires si, à l'exécution des actes, ce patient n'a plus de droits ouverts à la mutuelle.

Merci de compléter ce document avec précision et dans son intégralité sous peine de retour par nos services.

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

Signature du Praticien

Signature du Patient

1^{er} exemplaire destiné à la mutuelle
2^e exemplaire destiné à l'adhérent
3^e exemplaire destiné au chirurgien-dentiste

Ce devis pour traitement prothétique est issu d'une collaboration entre les chirurgiens-dentistes et la mutuelle. Il nous apporte une meilleure connaissance de votre situation personnelle et nous permet une meilleure prise en charge de vos prestations dentaires. Pour en savoir plus sur votre prise en charge vous pouvez également consulter le guide dentaire Prévadiès.

En application des articles 27, 32, 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 (Loi Informatique et Libertés), modifiée par la Loi de Confiance sur l'Économie Numérique de juin 2004, je suis informé(e) de ce que mes réponses sont nécessaires pour mon affiliation et le traitement de mon dossier. Je peux demander communication et rectification de toute information qui figurerait sur tout fichier me concernant en m'adressant à la mutuelle.

