DEVIS DENTAIRE

☐ Demande de tiers payant dentaire ☐ Demande de cotation dentaire

Demande à faire remplir par votre professionnel de santé (les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis)

Identification de l'adhérent et du bénéficiaire

Adhérent

N° Adhérent _____ N° Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Clé |_|_|

E-mail : _____ @ _____

Bénéficiaire

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Régime : ☐ Régime général ☐ Autre : _____

100 % Sécurité Sociale pour les soins dentaires : ☐ Oui ☐ Non

Nature d'assurance : ☐ Maladie ☐ Alsace-Moselle ☐ SNCF ☐ Accident du travail

Identification du chirurgien-dentiste

Nom du chirurgien-dentiste traitant : _____

Identifiant RPPS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) : _____

_____

N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Schéma dentaire initial

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

Lieu de fabrication du dispositif médical : ☐ en France ☐ au sein de l'UE, EEE, Suisse ☐ hors UE (pays) : _____

☐ sans sous-traitance du fabriquant

☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : ☐ en France ☐ au sein de l'UE, EEE, Suisse ☐ hors UE (pays) : _____

Description précise et détaillée des actes

N° dent ou localisation	Libellé de l'acte ou libellé orthodontique	Matériaux utilisés	Code CCAM ou, pour l'orthodontie, cotation NGAP	(A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structures	(C = A+B1+B2) Montant des honoraires	(D) Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire ou NR	(E = C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire
Total									

Matériaux et normes								
	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007	2	Alliage semi précieux NF EN ISO 22674 3/2007	3	Alliage non précieux CoCr NF EN ISO 22674 3/2007	5	Alliage non précieux NiCR NF EN ISO 22674 3/2007
	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	Céramo-dentaire NF EN ISO 6872 1999

Pour l'adhérent

Si nous devions vous joindre :

N° de téléphone : _____

Heures de disponibilité : ☐9h-11h ☐11h-13h ☐13h-15h ☐15h-17h ☐17h-19h

J'autorise le recueil, l'analyse et le traitement par ADOCYS des données de santé figurant sur ce devis, en vue du calcul et de la prise en charge de mes dépenses de santé.

Signature (obligatoire) :

Pour le chirurgien-dentiste

Date du devis : _____

Durée de validité : _____

Signature et cachet du chirurgien-dentiste (obligatoire) :

Toute correspondance est à adresser à SMI/Adocys - 11, place Bellecour 69288 Lyon Cedex 02 - Tél. : 0 820 029 019 (0,12 €/min. depuis un poste fixe) **Fax : 04 78 85 74 61**
Mail : adocys@mutuelle-smi.com - Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité.