ORTHODONTIE

☐ Devis ☐ Demande de prise en charge

Demande à faire remplir par votre professionnel de santé

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 : _____

Conventionné : ☐ Oui ☐ Non

Droit au DP : ☐ Oui ☐ Non

Numéro ADELI : _____

Description précise et détaillée des actes

Libellé de l'acte ou libellé orthodontique	Cotation de l'acte	HN	Montant des honoraires	Base de remboursement RO
		Total		

ADOCYS se réserve le droit de se rapprocher du praticien à l'orignie du devis pour en obtenir un nouveau si une erreur dans la cotation d'un acte ou dans l'application du tarif de convention des actes opposables y est décelée.

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.