

TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS

IDENTIFICATION / ASSURÉ – PATIENT (à remplir par l'Assuré)

Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé	Votre N° de contrat/adhérent	Nom de votre entreprise (si contrat collectif)
.....		

Nom	Prénom	Date de naissance
Assuré		
Patient		
Adresse :		
Code postal :	Ville :	
Téléphone fixe (en journée)	Téléphone portable	
Mail :	@	J'accepte de recevoir des informations par mail ☐

DEVIS DENTAIRE POUR TRAITEMENT PROTHÉTIQUE (à remplir par le professionnel de santé)

Indiquez sur le schéma la situation initiale :

- ☐ Obturation coronaire
- ☐ Prothèse
- ☒ Dent absente
- ☐ Inter de bridge
- ☐ Dent à extraire
- ☐ Implant

Arcade complète : ☐ Haut ☐ Bas

SCHÉMA DENTAIRE

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
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Désignation : ☐ Fixe ☐ Amovible ☐ Autre (précisez)

Type de prothèse	N° des dents	Cotation	Matériaux (cocher la case correspondante)			Prix d'achat prothèse en € *	Honoraires prestation(s) associée(s) en € *	Honoraires Totaux en €
			NP	SP	Précieux			
Couronne transitoire ou provisoire								
Couronne métallique								
CIV céramique								
Couronne céramo-métallique								
Couronne céramo-céramique								
Inter de bridge métallique								
Inter de bridge CIV céramique								
Inter de bridge céramo-métallique								
Inter de bridge céramo-céramique								
Inlay core sans clavette								
Inlay core avec clavette								
Inlay/Onlay métal								
Inlay/Onlay céramique								
Inlay/Onlay composite								
Prothèse adjointe provisoire								
Prothèse adjointe immédiate								
Prothèse adjointe résine								
Stellite								
Implants								
Pilier(s) implantaires(s)								
Couronne provisoire sur implant								
Couronne sur implant non solidarisé								
Couronnes sur implants solidarisées								
Autre prothèse sur implants								

Montant total du devis

Cachet et signature du praticien

Date du devis

Cachet et signature

N° ADELI :

N° RPPS :

Nom du praticien :

TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES SONT INDISPENSABLES AU TRAITEMENT RAPIDE DE VOTRE DEVIS

IDENTIFICATION / ASSURÉ – PATIENT (à remplir par l'Assuré)

Nom de l'organisme gestionnaire de votre contrat santé		Votre N° de contrat/adhérent	Nom de votre entreprise (si contrat collectif)
Nom		Prénom	Date de naissance
Assuré			
Patient			
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Téléphone fixe (en journée)		Téléphone portable	
Mail :		J'accepte de recevoir des informations par mail ☐	

DEVIS D'ORTHODONTIE (à remplir par le professionnel de santé)

DIAGNOSTIC	Anomalie(s) basale(s)		Anomalie(s) alvéolaire(s)		Anomalie(s) dentaire(s)
	Maxillaire	Mandibulaire	Maxillaire	Mandibulaire	Agénésie(s)
	Sens sagittal ☐ Pro ☐ Retro	☐ Pro ☐ Retro	☐ Pro ☐ Retro	☐ Pro ☐ Retro	Dent(s) surnuméraire(s)
	Sens transversal ☐ Endo ☐ Exo	☐ Endo ☐ Exo	☐ Endo ☐ Exo	☐ Endo ☐ Exo	Dent(s) incluse(s)
	Sens vertical ☐ Hypodivergence	☐ Hyperdivergence	☐ Supracclusion	☐ Intraclusion	Malposition(s)
TRAITEMENT	DENTURE		ARTICULÉ INVERSÉ		FACTEURS FONCTIONNELS
	☐ Mixte ☐ Adulte		☐ Droite		☐ Parafunctions
	DDM : mm		☐ Gauche		
	DDD :		☐ Antérieur		☐ ATM
					CLASSE DENTAIRE
					☐ CL I ☐ CL II 1
					☐ CL II 2 ☐ CL III
					Classe squelettique

Désignation de l'acte	Cotation sécurité sociale	Honoraires
Examen / bilan		€
Surveillance / interruption		€
Autre :		€

Désignation de l'acte	Cotation sécurité sociale	Tarif prothésiste * (1)	Honoraires praticien * (2)	Honoraires totaux (1)+(2)
Appareil amovible		€	€	€ par semestre
Multibague métal		€	€	€ par semestre
Multibague esthétique		€	€	€ par semestre
Contention 1 ^{ère} année		€	€	€
Contention 2 ^{ème} année		€	€	€

Montant total du devis

Durée du traitement : N° de semestre :

DEVIS DE PARODONTIE

Indiquer sur schéma la situation initiale

0 → sain

1 → gingivite

2 → tartre - poche 0,5 à 4 mm

3 → poche 4 à 5,5 mm

4 → poche 6 mm et +

X → sextant de moins de 2 dents

☐	☐	☐
☐	☐	☐

Présence de mobilité dentaire ☐

Présence de dénudation radiculaire ☐

Présence d'une pathologie de l'occlusion ☐

N° dent :

N° dent :

Précisez :

Plan de traitement

Traitement	Cotation SS	Honoraires (1)	Traitement	Cotation SS	Honoraires (2)
☐ Prophylaxie (thérapeutique initiale)		€	☐ Greffe gingivale		€
☐ Lithotritie		€	☐ Greffe osseuse		€
☐ Curetage surfaçage		€	☐ Matériau de comblement		€
☐ Chirurgie parodontale d'assainissement		€	☐ Membrane		€
☐ Détartrage sus et sous gingival		€	☐ Relevé de sinus		€
☐ Elongation coronaire		€	☐ Attelle de contention collée		€
☐ Gingivectomie		€	☐ Prothèse attelle de contention		€

Montant total des honoraires

(1) + (2) €

Montant total du devis

Cachet et signature du praticien

Date du devis

Cachet et signature

N° ADELI :

N° RPPS :

Nom du praticien :