DEVIS POUR FRAIS DE PROTHESE DENTAIRE
S153 F

1. RUBRIQUE RÉSERVÉE A L'ASSURÉ

☐ **N° police individuelle**

☐ **N° police groupe** **N° de matricule**

Compte du bénéficiaire

2. RUBRIQUE RÉSERVÉE AU DISPENSATEUR DES SOINS

Nom et prénom du patient :

2.1. PRESTATIONS DE PROTHESE AMOVIBLE

	BASE	Cochez svp	Nombre de dents	Honoraires
SUPERIEURE	- EN RESINE	☐		
	- SQUELETTEE	☐		
INFERIEURE	- EN RESINE	☐		
	- SQUELETTEE	☐		

2.2. PRESTATIONS DE PROTHESE FIXE

Description prestation(s)	N° dent(s)	Honoraires
Faux moignon		
Couronne		
Bridge - Dents piliers		}
Bridge - Elément(s) intermédiaire(s)		
Implant		
Inlay / Onlay		
Autres (Décrivez s.v.p.)		
	TOTAL	€

Conformément aux conditions d'assurance, aucun remboursement des frais de prothèse n'est envisageable sans accord préalable de l'assureur sur base d'un devis détaillé.

Date, signature, nom et cachet du dispensateur des soins
(INCL. N° DE TELEPHONE)

Aperçu général, seules les conditions générales, tarifaires d'assurance et les conditions particulières de la police sont d'application

66154_FR_1_200506