

**DEVIS POUR FRAIS DE PROTHESE DENTAIRE
S153 F**

1. RUBRIQUE RÉSERVÉE A L'ASSURÉ

N° police individuelle

N° police groupe

N° de matricule

N° IBAN - - -

Code BIC

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	<input type="checkbox"/>		
	- SQUELETTEE	<input type="checkbox"/>		
INFERIEURE	- EN RESINE	<input type="checkbox"/>		
	- SQUELETTEE	<input type="checkbox"/>		

2.2. PRESTATIONS DE PROTHESE FIXE

Description prestation(s)	N° dent(s)	Honoraires
Faux moignon		
Couronne		
Bridge - Dents piliers		}
Bridge - Élément(s) intermédiaire(s)		
Implant		
Inlay / Onlay		
Autres (Décrivez s.v.p.)		
TOTAL		€ <input type="text"/>

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)
