

Civ.pat. abrégée

NomPrénom Patient

Ville , le Date (abrégée)

Adr. 1

Adr. 2

Code Postal Ville

Mes références :

S.S. N° Sécu

N° adhérent :

.....
COORDONNEES
.....
DE VOTRE
.....
COMPLEMENTAIRE
.....
.....

Objet : renseignements sur la prise en charge par l'assurance complémentaire pour les traitements et actes bucco-dentaires faisant l'objet d'une entente directe. (Dépassements ou actes Hors Nomenclature)
(Les soins à tarifs opposables ne sont pas concernés par cette demande).

Veuillez trouver ci-joint la liste des traitements et actes bucco dentaire proposé par mon chirurgien dentiste dans le cadre de la réhabilitation médicale de ma bouche.

Devis Prothèse Soins

Ce document est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité

Notes importantes:

- La réponse à cette demande permettra au chirurgien dentiste en charge de ma santé bucco dentaire, de rédiger un devis dument complété, conformément aux obligations légales, notamment en matière de prise en charge par les assurances obligatoires et complémentaires.
- Les honoraires cités en référence, peuvent faire l'objet d'une révision en adéquation avec les impératifs médicaux de mon cas et/ou mes exigences personnelles.

Dans l'attente de votre réponse, recevez mes salutations les meilleures.