

Devis/Note d'honoraires pour traitement orthodontique pouvant faire l'objet d'une entente directe*

(*)Ou faisant l'objet d'un dépassement d'honoraires dans les limites fixées par les arrêtés du 31 décembre 1999 et du 15 janvier 2000 modifiés par l'arrêté du 10 avril 2002.

Identification du chirurgien-dentiste traitant
(Cachet professionnel et N° ADELI)

Proposition de traitement – Convention d'honoraires

Ce devis est la propriété du patient. Sa communication à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Il est valable 6 mois. Devis conforme au titre I des articles 6&7 de la Convention Nationale des Chirurgiens-Dentistes, modifiée par l'avenant N°6.

Les soins opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Ce devis s'inscrit pour tout ou partie dans le cadre du protocole MFP-CNSD

Ce devis ne peut être utilisé que par un chirurgien - dentiste ayant adhéré au protocole MFP-CNSD.

Le protocole prévoit la dispense d'avance de frais.

Le patient peut choisir de régler la totalité des honoraires directement au chirurgien-dentiste, s'il en fait la demande ci-dessous :

Je soussigné, ne souhaite pas bénéficier de la dispense d'avance de frais et m'oblige à régler la totalité des honoraires au chirurgien-dentiste.

Le, signature

Nom et Prénom (assuré)		Nom et Prénom (patient)	
N° INSEE (assuré)		Date de naissance (patient)	
<input type="checkbox"/> Demande initiale	<input type="checkbox"/> - de 16 ans	N° INSEE (patient)	
<input type="checkbox"/> Prolongation	<input type="checkbox"/> + de 16 ans	Adresse	
Organisme complémentaire		Date	

TRAITEMENT PROPOSÉ : DESCRIPTION PRÉCISE ET DÉTAILLÉE*

ACTES PROPOSÉS	Cotation NGAP** ou HN	Base de remboursement Sécurité sociale ¹	Remboursement Sécurité sociale	Honoraires par semestre	Totalité des Honoraires	Remboursement Complémentaire	Application d'un protocole ³
TRAITEMENT ACTIF Durée prévisible en semestre : En cas de dépassement de la durée prévisible, un nouveau devis est nécessaire							
CONTENTION (1^{ère} année)							

Signature du chirurgien-dentiste

Accord du patient (ou de son représentant légal) qui reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement

Accord de la complémentaire³
Selon notification de décision par votre mutuelle

Date :

Signature

Modalités de paiement :

Signature

* localisation, type.

** lorsque l'acte figure à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Dans le cas contraire, mention HN.

¹ Montant de la base de remboursement calculé au tarif applicable actuellement

² A faire éventuellement renseigner par l'organisme complémentaire

³ A faire renseigner dans le cas d'un protocole applicable pour tout ou partie du traitement proposé

Partie grisée
Renseignements facultatifs

Devis/Note d'honoraires pour traitement orthodontique pouvant faire l'objet d'une entente directe*

(*) Ou faisant l'objet d'un dépassement d'honoraires dans les limites fixées par les arrêtés du 31 décembre 1999 et du 15 janvier 2000 modifiés par l'arrêté du 10 avril 2002.

Identification du chirurgien-dentiste traitant
(Cachet professionnel et N° ADELI)

Proposition de traitement – Convention d'honoraires

Ce devis est la propriété du patient. Sa communication à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Il est valable 6 mois. Devis conforme au titre I des articles 6&7 de la Convention Nationale des Chirurgiens-Dentistes, modifiée par l'avenant N°6.

Les soins opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Ce devis s'inscrit pour tout ou partie dans le cadre du protocole MFP-CNSD

Ce devis ne peut être utilisé que par un chirurgien - dentiste ayant adhéré au protocole MFP-CNSD.

Le protocole prévoit la dispense d'avance de frais.

Le patient peut choisir de régler la totalité des honoraires directement au chirurgien-dentiste, s'il en fait la demande ci-dessous :

Je soussigné, ne souhaite pas bénéficier de la dispense d'avance de frais et m'oblige à régler la totalité des honoraires au chirurgien-dentiste.

Le, signature

Nom et Prénom (assuré)		Nom et Prénom (patient)	
N° INSEE (assuré)		Date de naissance (patient)	
<input type="checkbox"/> Demande initiale	<input type="checkbox"/> - de 16 ans	N° INSEE (patient)	
<input type="checkbox"/> Prolongation	<input type="checkbox"/> + de 16 ans	Adresse	
Organisme complémentaire		Date	

TRAITEMENT PROPOSÉ : DESCRIPTION PRÉCISE ET DÉTAILLÉE*

ACTES PROPOSÉS	Cotation NGAP** ou HN	Base de remboursement Sécurité sociale ¹	Remboursement Sécurité sociale	Honoraires par semestre	Totalité des Honoraires	Remboursement Complémentaire	Application d'un protocole ³
TRAITEMENT ACTIF Durée prévisible en semestre : <small>En cas de dépassement de la durée prévisible, un nouveau devis est nécessaire</small>							
CONTENTION (1^{ère} année)							

Signature du chirurgien-dentiste

Accord du patient (ou de son représentant légal) qui reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement

Accord de la complémentaire³
Selon notification de décision par votre mutuelle

Date :

Signature

Modalités de paiement :

Signature

* localisation, type.

** lorsque l'acte figure à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Dans le cas contraire, mention HN.

¹ Montant de la base de remboursement calculé au tarif applicable actuellement

² A faire éventuellement renseigner par l'organisme complémentaire

³ A faire renseigner dans le cas d'un protocole applicable pour tout ou partie du traitement proposé

Partie grisée
Renseignements facultatifs

Les informations demandées sont obligatoires pour le traitement de votre dossier, qui, à défaut, ne peut être effectué. Conformément à la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés toute personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification sur les données nominatives la concernant. Sauf opposition expresse de votre part, elles peuvent être transmises aux partenaires de la Mutuelle dans le cadre d'actions pouvant vous intéresser. Ces droits peuvent être exercés auprès de votre section.

Devis/Note d'honoraires pour traitement orthodontique pouvant faire l'objet d'une entente directe*

(*)Ou faisant l'objet d'un dépassement d'honoraires dans les limites fixées par les arrêtés du 31 décembre 1999 et du 15 janvier 2000 modifiés par l'arrêté du 10 avril 2002.

Identification du chirurgien-dentiste traitant
(Cachet professionnel et N° ADELI)

Proposition de traitement – Convention d'honoraires

Ce devis est la propriété du patient. Sa communication à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Il est valable 6 mois. Devis conforme au titre I des articles 6&7 de la Convention Nationale des Chirurgiens-Dentistes, modifiée par l'avenant N°6.

Les soins opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Ce devis s'inscrit pour tout ou partie dans le cadre du protocole MFP-CNSD

Ce devis ne peut être utilisé que par un chirurgien - dentiste ayant adhéré au protocole MFP-CNSD.
Le protocole prévoit la dispense d'avance de frais.
Le patient peut choisir de régler la totalité des honoraires directement au chirurgien-dentiste, s'il en fait la demande ci-dessous :
Je soussigné, ne souhaite pas bénéficier de la dispense d'avance de frais et m'oblige à régler la totalité des honoraires au chirurgien-dentiste.
Le, signature

Nom et Prénom (assuré)		Nom et Prénom (patient)	
N° INSEE (assuré)		Date de naissance (patient)	
<input type="checkbox"/> Demande initiale	<input type="checkbox"/> - de 16 ans	N° INSEE (patient)	
<input type="checkbox"/> Prolongation	<input type="checkbox"/> + de 16 ans	Adresse	
Organisme complémentaire		Date	

TRAITEMENT PROPOSÉ : DESCRIPTION PRÉCISE ET DÉTAILLÉE*

ACTES PROPOSÉS	Cotation NGAP** ou HN	Base de remboursement Sécurité sociale ¹	Remboursement Sécurité sociale	Honoraires par semestre	Totalité des Honoraires	Remboursement Complémentaire	Application d'un protocole ³
TRAITEMENT ACTIF Durée prévisible en semestre : <small>En cas de dépassement de la durée prévisible, un nouveau devis est nécessaire</small>							
CONTENTION (1^{ère} année)							

Signature du chirurgien-dentiste

Accord du patient (ou de son représentant légal) qui reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement

Accord de la complémentaire³
Selon notification de décision par votre mutuelle

Date :

Signature

Modalités de paiement :

Signature

* localisation, type.

** lorsque l'acte figure à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Dans le cas contraire, mention HN.

¹ Montant de la base de remboursement calculé au tarif applicable actuellement

² A faire éventuellement renseigner par l'organisme complémentaire

³ A faire renseigner dans le cas d'un protocole applicable pour tout ou partie du traitement proposé

Partie grisée
Renseignements facultatifs

Les informations demandées sont obligatoires pour le traitement de votre dossier, qui, à défaut, ne peut être effectué. Conformément à la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés toute personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification sur les données nominatives la concernant. Sauf opposition expresse de votre part, elles peuvent être transmises aux partenaires de la Mutuelle dans le cadre d'actions pouvant vous intéresser. Ces droits peuvent être exercés auprès de votre section.