

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

1. RUBRIQUE RÉSERVÉE A L'ASSURÉ

N° police individuelle

N° police groupe + N° de matricule

IBAN - - -

E-mail

2. RUBRIQUE RÉSERVÉE AU DISPENSATEUR DES SOINS

Nom et prénom du patient :

2.1. PRESTATIONS DE PROTHÈSE 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 PROTHÈSE FIXE

Description prestation(s)	N° dent(s)	Honoraires
Implant		
Abutment		
Faux moignon		
Couronne solitaire		
Bridge - dents piliers		}
- élément(s) intermédiaire(s)		
Inlay / Onlay		
<u>Autres</u> (Décrivez s.v.p.) :		

TOTAL €

2.3. ANAMNESE (À COMPLÉTER UNIQUEMENT POUR DKV SMILE)

Depuis quand les dents concernées sont-elles manquantes (cfr. 2.1 et 2.2 ci-dessus) ou quand ont-elles été remplacées par une prothèse?

N° dent(s)	Année

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)**
