



DEVIS DENTAIRE

A remplir par le praticien pour information à la mutuelle de l'assuré.
APICIL SANTE CONSEIL 38, rue François Peissel -BP 119-69646 Caluire-et-Cuire Cedex

Tél. : 0 974 500 600 - Fax : 04 72 27 79 89

(prix d'un appel local)

Assuré : _____

N°SS _____ Réf contrat : _____

Nom/Prénom _____

Adresse : _____

Bénéficiaire (si différent)

Nom/Prénom : _____

☎ _____ Port : _____

Date de naissance : _____

ETAT DE LA DENTURE :

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

/ : dent absente

○ : prothèse

□ : dent à soigner

● : dent nécessitant la pose d'une prothèse

T : dent nécessitant la pose d'un implant

P : secteur nécessitant des interventions de parodontie

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN :

N° des dents	Matériau	Montant des honoraires (1)	Cotation sécurité sociale	Cotation acceptée	Tarif convention	Rembt. sécurité sociale (2)	Rembt. Groupe APICIL (3)
TOTAL							

COMMENTAIRE :

Date : _____ Valable jusqu'au : _____

Signature du praticien :

Reste à charge de l'assuré (1) - (2) - (3) :