

DEVIS **DEMANDE DE PRISE EN CHARGE AVEC TIERS-PAYANT**

INFORMATIONS SUR L'ASSURÉ ET LE BÉNÉFICIAIRE

Assuré : _____ **Bénéficiaire (si différent de l'adhérent)** _____
N° séc. soc : _____ **N° séc. soc :** _____
Nom/Prénom : _____ **Nom/Prénom :** _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____
Régime : général Alsace/Moselle Autres : _____ **Régime :** général Alsace/Moselle Autres : _____

INFORMATIONS SUR L'OPTICIEN

N° FINESS : _____ **Téléphone :** _____ **Fax :** _____
Raison sociale : _____ **E-mail :** _____

VERRES ET TRAITEMENTS (SAUF ÉQUIPEMENT SOLAIRE)

Disposez-vous d'une ordonnance ? oui (copie à joindre)

Date de prescription : _____ Limite de validité : _____

Si non, s'agit-il d'une casse oui non

Fabriqueur : _____ **Diamètre :** _____

Modèle : _____

Code LPP : OD _____ **OG** _____

Si vous ne pouvez renseigner le fabricant et le modèle des verres, Indiquez :

Type de verres : Unifocal Bifocal Trifocal

Mi-distance Progressif - génération :

Matériau : Organique Minéral Polycarbonate

Surface des verres : Sphérique Asphérique

Indices des verres : _____

Prix Traitements	Verre OD	Verre OG
Durci		
Super anti-reflet		
Combiné (durci + SAR)		
Photochromique		
Teinté		
Précalibrage		
Autres (préciser)		

Prix total des verres (traitements inclus) OD : _____ € OG : _____ €

CORRECTION VISUELLE

	Sphère	Cylindre	Axe	Addition	Prisme
Œil droit					
Œil gauche					

Si l'adhérent est atteint d'une des pathologies mentionnées ci-dessous, cochez cette case :
 conjonctivite intense, kératite, iritis, cataracte centrale ou congénitale, rétinopathie, myopie forte, s'accompagnant de photophobie, photopobie.

MONTURE

Fabriqueur : _____ **Modèle :** _____ **Prix monture :** _____ €

Type de monture : Cerclée Nylon Percée **Matériau :** Métal Plastique Titane Autres

LENTILLES ACCEPTÉES PAR LA SECURITE SOCIALE

Fabriqueur : _____ **Modèle :** _____ **Prix des lentilles :** _____ €

Type : Unifocales sphériques

Famille : Rigides

Unifocales toriques

Souples traditionnelles

Multifocales

J'autorise le recueil, l'analyse et le traitement des données de santé figurant sur ce devis, en vue du calcul et de la prise en charge de mes dépenses.

Signature de l'opticien et cachet (obligatoire)

Date et signature de l'assuré

DEVIS **DEMANDE DE PRISE EN CHARGE AVEC TIERS-PAYANT**
pour traitements et actes bucco-dentaires 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 31.12.1999 et du 15.01.2000, modifiés par les arrêtés du 10.04.2002 et du 30.05.2006

Devis conforme à l'article 4.2.1 et à l'annexe III de la Convention Nationale des Chirurgiens-dentistes
Ce devis est la propriété du patient, sa communication à un tiers se fait sous sa seule responsabilité.

Identification du Chirurgien-dentiste traitant
(avec numéro ADELI/FINESS) :

Identification du patient :

Nom et prénom :
Date de naissance :
Date d'établissement du devis :
Durée de validité du devis :
Espace réservé à la transmission, par les assurés à des tiers, de données administratives complémentaires :
Coordonnées de l'assuré/adhérent :
Nom de l'organisme complémentaire :

Numéro INSEE :

N° de contrat ou d'adhérent :

Adresse :

Référence dossier (à renseigner par l'organisme complémentaire) :

Tél. :

Dispositions particulières : OUI NON Si oui, lesquelles ?

Description du traitement proposé :
Matériaux et normes :

1	Alliage précieux NF EN ISO 1562 1995
2	Alliage semi-précieux NF EN ISO 8891 2000
3	Alliage non précieux CoCr NF EN ISO 6871/1 1997
4	Alliage non précieux NiCr NF EN ISO 6871/2 1997
5	Résine Base NF EN ISO 1567 2000
6	Résine Dent NF EN ISO 22112 2005
7	Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000
8	Céramique dentaire NF EN ISO 6872 1999

Description précise et détaillée des actes :

Localisation ou N° dent	Nature de l'acte ou libellé CCAM	Matériau utilisé	Cotation NGAP	Acte non remboursable par l'Assurance Maladie	Honoraires	Base de remboursement Assurance Maladie	Réservé à l'organisme complémentaire
TOTAL →							

Le patient reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement.

Signature du Chirurgien-dentiste :

Date et signature du patient ou du responsable légal :