

Formulaire de demande d'information complémentaire à destination du Service Médical et de l'Action Sociale pour traitements et actes bucco-dentaires

Formulaire strictement confidentiel

Identification du chirurgien-dentiste

Date de la facture

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adhérent

Nom _____

Prénom _____

NNI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse _____

Description du traitement réalisé

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

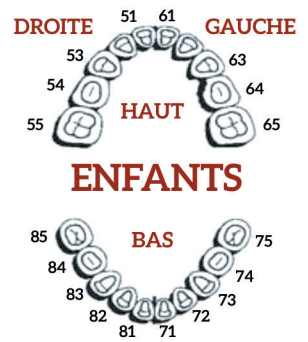
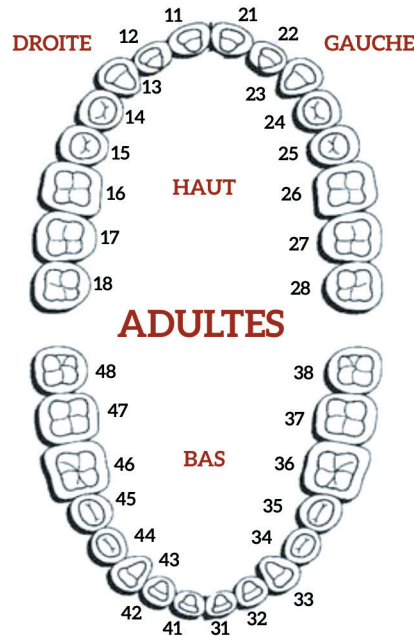
Matériaux et normes

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

État antérieur notable

Localisation ou n° dent	Nature de l'acte ou libellé CCAM	Matériaux utilisés	Cotation NGAP	Acte non remboursable par l'Assurance Maladie	Honoraires	Base de remboursement Assurance Maladie	Réservé à l'organisme complémentaire
				TOTAL			

- Cocher dent extraite
- Flécher dent à extraire
- Entourer dent couronnée



Ces soins font-ils suite à un accident ?

Ces soins font-ils suite à un accident ? oui non

Date et signature de l'adhérent

Le

Date et signature du chirurgien dentiste

Le