



DEVIS ORTHODONTIQUE DEMANDE D'AUTORISATION PREALABLE AU TRAITEMENT

à envoyer au Bureau Liquidateur concerné

Renseignements OBLIGATOIRES à remplir par l'affilié(e):

Nom et prénom de l'affilié(e) : N° pers. /pension:.....

Institution et Lieu d'affectation:..... Adresse de bureau:..... Tél:

Adresse privée pour les pensionné(e)s:.....

Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:.....(Pour les agents temporaires/agents contractuels)

Traitement pour :

☐ Affilié(e) principal(e) ☐ conjoint ou partenaire reconnu ☐ enfant ☐ personne assimilée à enfant à charge

Date Signature de l'affilié(e)

(*) Le traitement doit débuter avant l'âge de 18 ans

Projet de Traitement Orthodontique à remplir par le praticien

Traitement pour :

Nom, Prénom : Date de naissance:.....(*)

Identification du praticien traitant

(nom/prénom et adresse/pays – mentions obligatoires):

.....
.....
.....
.....

Tél.

Cachet du **praticien traitant**

Date Signature.....

Durée probable du traitement

.....
.....

Honoraires globaux prévus par le praticien:
(préciser la devise et le pays)

.....
.....

Anomalies constatées

.....
.....
.....

Réservé au **dentiste-conseil** de l'UE

.....
.....
.....
.....

Date Visa

Réservé au **Bureau Liquidateur**

Motif du refus éventuel.....

.....
.....
.....

Date

En cas de couverture au titre de la complémentarité, joindre copie du devis de la caisse primaire ou de la lettre de refus dûment motivé.

L'approbation de ce devis n'engage le Bureau Liquidateur que si toutes les dispositions réglementaires sont respectées.