

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Traitement nécessaire (y compris les contrôles éventuels et leur périodicité/les séquelles possibles)

(L'intervention de la Garantie « Accident » sera limitée à deux ans à compter de la date de l'accident)

Type de soins	Détail des soins	N° ou nombre de dents	Honoraires estimés
Traitement pratiqué en urgence + date			
Soins préventifs			
Soins curatifs			
Parodontologie			
Radiologie			
Prothèses dentaires : - amovibles - fixes			
Autres : - extraction - attelle de contention -			

Je joins l'iconographie radiographique et photographique correspondante.

Date de fin de traitement estimée :

Date : Signature et cachet du prestataire :