



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

**Le traitement suivant est en cours ou envisagé \*\* :**

Type de traitement	Détail du traitement	N° ou nombre de dents	Honoraires estimés
Traitement préventif			
Radiologie			
Traitement de parodontologie			
Traitement curatif - Extraction - Soins dentaires			
Traitement prothétique - Amovible - Fixe			
Autres : - -			

(\*\* merci de spécifier la nature des soins)

**Je joins l'iconographie radiographique et photographique correspondante.**

**Durée estimée du traitement :** du ..... au .....

Date : ..... Signature et cachet du prestataire :