Solution Dentistes

PCM HABILCLASS

Pochettes 9000 ou 7500

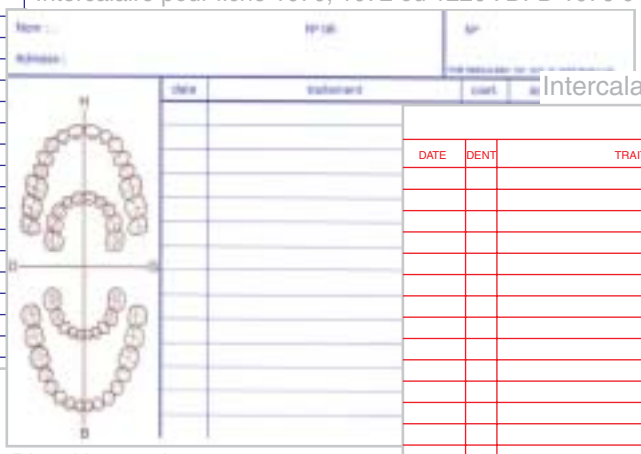
Fiches intercalaires

Intercalaire pour fiche 1070 : DFD 1071 0

DATE	DENT	TRAITEMENT

Dim : H 140 x L 200 mm

Intercalaire pour fiche 1070, 1072 ou 1220 : DFD 1076 0



Dim : H 140 x L 200 mm

Intercalaire pour fiche 1220 : DFD 1221 0

DATE	DENT	TRAITEMENT	CEFF.	DOIT	RECU	CEFF.

Dim : H 140 x L 200 mm

Désignations	Références
Intercalaire pour fiche 1070	DFD 1071 0
Intercalaire pour fiche 1070, 1072 ou 1220	DFD 1076 0
Intercalaire pour fiche 1220	DFD 1221 0

Fiches de gestion

Fiche comptable simple : DFD 1316 0

Nom : _____ Prénom : _____ N° _____

DATE	DENT	RÉF. CLIN.	D	Z	SC.P.		DU	RECU	SOLDE	MODE DE RÈGLEMENT.

Dim : H 140 x L 200 mm

Fiche devis : DFD 1101 3

CABINET DU DOCTEUR :
ADRESSE :

DEVIS DE PROTHÈSE N° DU
ÉTABLI POUR M.

LES HONORAIRES INDIQUÉS RESTENT VALABLES PENDANT UNE DURÉE DE A COMPTER DE LA DATE DU DEVIS

NATURE DES TRAITEMENTS PROTHÉTIQUES (Soins conservateurs non compris)	COEFF. S.S.	Montant du tarif de responsabilité de la caisse d'assurances maladies	Montant des honoraires sur entente directe
MAXILLAIRE SUPÉRIEUR :			
MAXILLAIRE INFÉRIEUR :			
MODE DE RÈGLEMENT :			

La convention précise (Article 10, Chapitre 4) qu'avant l'élaboration du traitement prothétique, le praticien fera connaître à l'assuré par écrit, le montant exact du devis de prothèse. Ce devis doit être signé par les deux parties, l'original étant conservé par le praticien. La signature sera précédée de la mention "lu et approuvé".
Toute modification à ce projet due à l'état buco-dentaire entraînera un nouveau devis.

SIGNATURE DU PRATICIEN CACHET ACCEPTATION DU DEVIS PAR LE PATIENT
(Signature précédée de la mention)
"lu et approuvé"
Fait à le

Dim : H 140 x L 200 mm

Désignations	Qté	Références
Fiche devis	100	DFD 1101 3
Fiche comptable simple	100	DFD 1316 0

Solutions d'Organisation et de Classement

56 Rue Winston Churchill 59100Roubaix N°Vert 0 800 00 17 64 Fax 03 20 14 54 81
www.pcmhabilclass.com