



## DEVIS DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE AU TRAITEMENT

A transmettre à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM)

### 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)

**Devis pour :**  Affilié(e) principal(e)  conjoint ou partenaire reconnu  enfant  personne assimilée à enfant à charge

Plan des travaux prévus	A remplir par le praticien traitant	Honoraires estimés	Codes RCAM
	<b>Devis pour</b> (Nom, Prénom) :..... Date de naissance.....		
<b>SCHÉMA OBLIGATOIRE</b>	<b>SOINS ET TRAITEMENTS PREVENTIFS</b> ( <i>indiquer obligatoirement les N° des dents</i> ) <i>À NE COMPLETER QUE SI EN RELATION AVEC PROTHESES OU/ET IMPLANTOLOGIE</i>		
H 18 - 17 - 16 - 15 - 14 - 13 - 12 - 11   21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 D ----- G 48 - 47 - 46 - 45 - 44 - 43 - 42 - 41   31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 B	Consultation..... 310 Radiographie endobuccale ..... 310 Radiographie panoramique ou téléradiographie ..... 310 Application de Fluor, Scellement des puits et fissures..... 310 Détartrage..... 310 Obturation coronaire..... 310 Reconstitution, faux moignon (avec vis ou tenon), inlays et facettes en résine ..... 310 Dévitalisation et obturation radiculaire ..... 310 Extraction normale, incision d'abcès, esquillectomie..... 310 Extraction chirurgicale, dent incluse, apectomie, amputation radiculaire, frénectomie ..... 310 Divers (à préciser) ..... 310  <b>PARODONTIE</b> ( <i>plan de traitement et zones ; joindre note explicative</i> ) ..... 313  <b>OCCLUSODONTIE</b> ( <i>plan de traitement ; joindre note explicative</i> ) Gouttière occlusale (gouttière de bleaching exclue) ..... 315  <b>PROTHESES</b> ( <i>indiquer obligatoirement les numéros des dents</i> ) <b>PROTHESES FIXES</b> ( <i>schéma et radiographies nécessaires</i> ) : Faux moignon coulé, inlay-core ..... 320 Couronne coulée, coiffe télescopique, couronne ou élément céramo-métallique, facette céramique, Inlay or ou céramique ..... 321 Attachement (à préciser) ..... 322 Couronne ou pontique PROVISOIRE ..... 323 Dépose ou repose d'éléments fixes (*), par élément ..... 324 Réparation de couronnes ou d'éléments de bridge (*), par élément..... 325  <b>PROTHESES AMOVIBLES</b> ( <i>schéma nécessaire</i> ) : Plaque base résine..... 330 Dent ou crochet sur base résine..... 331 Prothèse complète supérieure ou inférieure..... 332 Plaque base résine PROVISOIRE ..... 333 Dent ou crochet PROVISOIRE sur base résine..... 334 Plaque métallique coulée (crochets compris) ..... 335 Dent sur plaque métallique coulée (jusqu'à 10 maximum) ..... 336 Réparation d'une base résine, adjonction (remplacement) d'une dent ou d'un crochet sur base résine ou métallique ..... 337 Rebasage (partiel ou complet / plaque résine ou métallique) ..... 338  <b>IMPLANTOLOGIE</b> ( <i>schéma et radiographies nécessaires</i> ) : Etude préalable ..... (**) Greffe d'os autogène par chirurgien maxillo-facial ..... 350 Matériel posé (implant, abutment, os synthétique, membrane et le matériel stérile jetable,) ..... (**) Anesthésies locales, ..... (**) Acte chirurgical, ..... (**) Recherche et mise à nu de la tête de l'implant ..... (**) Divers (à préciser) ..... (**)  (*) à l'exception des couronnes et éléments provisoires (**) Codes à remplir par le dentiste conseil du RCAM: 341 - 342 - 343 - 344 / 351 - 352 - 353 - 354		
<b>Signature de l'affilié(e)</b>			
Le.....	<b>Cachet du praticien traitant avec n°tél. et pays svp</b> (obligatoire)	Total des honoraires estimés: .....	<b>(préciser la devise et le pays)</b>
	Date : ..... Signature: .....	En cas de couverture au titre de la complémentarité, <b>joindre copie du devis de la caisse primaire ou de la lettre de refus</b> dûment motivé	