

Estimation des coûts de traitement dentaire

À faire remplir par votre dentiste.

Veuillez noter que ce document ne peut pas être utilisé comme facture ou comme formulaire de demande de remboursement.

Informations concernant la personne recevant les soins

Institution Eurotraînée

Numéro de police personnel (Ne s'applique pas s'il s'agit de votre première demande de remboursement)

Numéro de police collective de l'institution de l'UE (Ce numéro figure sur votre certificat d'assurance)

M. M^{me}. Autre

Prénom

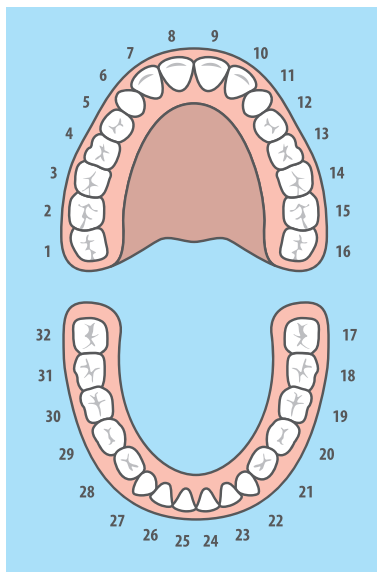
Nom

Adresse complète

Date de naissance / /

Diagramme de la dentition

Noircissez les dents manquantes et indiquez par des flèches les dents à traiter pour cette estimation.



Soins dentaires	Numéro de la dent	Coûts estimés
Plombage		
Extraction		
Traitement du canal radiculaire		
Prothèse fixe		
Couronne en or, gaine en résine		
Composant dentaire d'un bridge en résine		
Inlay en or, plâtre		
Tenon dentaire		
Facette ou couronne Richmond ou couronne céramo-métallique		
Dispositif de bridge céramo-métallique		
Composant dentaire d'un bridge en or et en porcelaine		
Attachement à ressorts		
Châssis		
Prothèse amovible		
Mâchoire supérieure		
Nombre de dents à remplacer		
Crochet		
Attachement		
Système d'aspiration		
Base : résine <input type="checkbox"/> chrome-cobalt <input type="checkbox"/> or <input type="checkbox"/>		
Réparation de la base en résine		
Ajout d'une dent ou d'un crochet à une base en résine		
Rebasage		
Remontage		
Mâchoire inférieure		
Nombre de dents à remplacer		
Crochet		
Alliage		
Système d'aspiration		
Base : résine <input type="checkbox"/> chrome-cobalt <input type="checkbox"/> or <input type="checkbox"/>		
Réparation de la base en résine		
Ajout d'une dent ou d'un crochet à une base en résine		
Rebasage		
Remontage		

Soins dentaires	Numéro de la dent	Coûts estimés
Prothèses temporaires		
Couronne		
Dent à remplacer (pontique de bridge ou dent sur une prothèse amovible)		
Crochet		

Traitement parodontal (indiquez l'endroit sur le diagramme)	Informations détaillées, y compris le quadrant	Numéro de la dent	Coûts estimés
Soins non chirurgicaux			
Soins chirurgicaux			
Autres			
Implants		Nombre d'implants	
Implant juxta-osseux			
Implant endo-osseux			
Traitement spécial		Informations détaillées	
Gouttière occlusale			
Autres			
Coûts totaux estimés			


Informations concernant le dentiste

Nom du dentiste

Nom et adresse du cabinet




Numéro de téléphone INDICATIF PAYS INDICATIF RÉGIONAL

Cachet du dentiste

 Signature du dentiste _____

Date / /

Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli et signé par :

-  E-mail à : igomedical@e.allianz.com
-  Fax au : + 32 2 210 6597
-  Courrier à : Allianz Care, Bd Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, Belgique

Ce document est une traduction française du document en anglais. La version en anglais est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version anglaise, veuillez noter que la version anglaise est la version légalement engageante et officielle.

L'assureur est AWP Health & Life SA, société anonyme au capital de 72 104 026 €, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé au 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France. Enregistrée en France : 401 154 679 RCS Bobigny, France. Numéro de TVA : FR 84 401 154 679 AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.

L'administrateur de votre assurance est AWP Health & Life Services Limited - succursale belge, située Bd Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, Belgique. TVA : BE 0843.991.159. RPM Bruxelles : 843991159. AWP Health & Life Services Limited exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.