NOTE D'HONORAIRES

TVA non applicable - article 261 du CGI

Numéro de facture : **Date :**

Identification du Chirurgien-dentiste traitant (avec numéro ADELI/FINESS) :

Identification du patient :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Date d'établissement du devis :

Date de fin de traitement :

Espace réservé à la transmission, par les assurés à des tiers, de données administratives complémentaires :

Coordonnées de l'assuré/adhérent :

Numéro INSEE :

Adresse :

Tél. :

Nom de l'organisme complémentaire :

N° de contrat ou d'adhérent :

Référence dossier *(à renseigner par l'organisme complémentaire)* **:**

Dispositions particulières : ☐ OUI ☐ NON Si oui, lesquelles ?

Description du traitement réalisé :

Matériaux et normes :

1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007
2	Alliage semi-précieux NF EN ISO 22674 3/2007
3	Alliage non précieux CoCr NF EN ISO 22674 3/2007
4	Alliage non précieux NiCr NF EN ISO 22674 3/2007
5	Résine Base NF EN ISO 1567 2000
6	Résine Dent NF EN ISO 22112 2005
7	Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000
8	Céramique dentaire NF EN ISO 6872 1999

Description précise et détaillée des actes :

Localisation ou N° dent	Nature de l'acte ou libellé CCAM	Matériau utilisé	Cotation NGAP	Acte non remboursable par l'Assurance Maladie	Honoraires	Base de remboursement Assurance Maladie	Réservé à l'organisme complémentaire
				TOTAL ➜	0,00	0,00	0,00

Le praticien certifie avoir exécuté l'intégralité du traitement.

Signature du Chirurgien-dentiste :

Somme réglée ☐ **ce jour** ☐ **le**

Conditions de règlement : Paiement à réception de facture. Pénalités exigibles pour paiement tardif : 1,5 x le taux de l'intérêt légal

☐ **Membre d'une Association Agréée, règlement des honoraires par chèque accepté.**