



DEVIS DE SOINS DENTAIRES

NUMERO DU DOSSIER EUROMEX	
si pas (encore) connu : numéro de police et date de l'accident	

Le(La) soussigné(e),
docteur en médecine, déclare avoir soigné le(la) nommé(e):

victime d'un accident survenu le :/..../..... .

à l'occasion duquel il (elle) a subi les lésions dentaires suivantes :

Le traitement actuel consiste en (description + coût) :

Les traitements additionnels suivants sont à prévoir (veuillez préciser les périodes, les périodes de renouvellement et indiquer un coût approximatif) :

Les lésions donneront en outre lieu / ne donneront pas lieu (biffer la mention inutile) à :

une invalidité permanente de % sous la forme de :

des dommages esthétiques de sur un barème de 7, sous la forme de :

Faites à le/..../.....

Signature et cachet du médecin: