

**DEVIS ORTHODONTIQUE**  
**DEMANDE D'AUTORISATION PRÉALABLE AU TRAITEMENT**

**Renseignements OBLIGATOIRES à remplir par l'affilié et à  
envoyer au Bureau liquidateur concerné**

NOM et prénom de l'affilié(e): .....  
Mme, Mlle, M.: .....  
.....  
ADRESSE administrative .....  
ou privée: .....  
.....  
N° PERSONNEL: .....  
INSTITUTION: .....  
TÉLÉPHONE: .....

**PROJET DE TRAITEMENT ORTHODONTIQUE**  
**À REMPLIR PAR LE PRATICIEN**

Prénom de l'enfant à qui les soins seront donnés: ..... Date de naissance (obligatoire):.....	Anomalies constatées: ..... .....
Durée probable du traitement: ..... .....	Mode de paiement désiré: Acompte de: ..... Fractions de: ..... tous les ..... mois
Honoraires globaux prévus par le praticien: .....	RÉSERVÉ AU BUREAU LIQUIDATEUR

Cachet du praticien traitant avec n°tél. s.v.p. (obligatoire):  Signature:  Le .....	Avis du Dentiste conseil de l'U.E.: Autorisé Le ..... Refusé
---	---

L'approbation de ce devis n'engage le Bureau liquidateur que si toutes les dispositions réglementaires sont respectées.