

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | |
|--------------------------------|------------------|----------------------|--|
| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Cœfficient | Montant détaillé des Honoraires |
| | | | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | | |
|--|------|-----------------------|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture | |
| | | | |

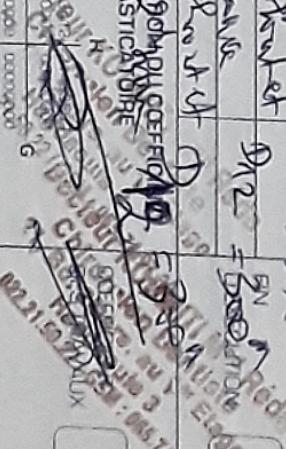
| ANALYSES - RADIOPHARMACIES | | | |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
| | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

graphies en cas de prothèses ou de traitements cancéreux, ainsi que le bilan

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | |
|----------------------------------|----------------|------------------------|---------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre A M P C I M I V | Montant détaillé des Honoraires |
| | | | |

| PROTHÈSES DENTAIRES | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
|  | | | |
| D | G | H | I |
| 00000000000000000000000000000000 | 00000000000000000000000000000000 | 00000000000000000000000000000000 | 00000000000000000000000000000000 |
| MONTANTS DES SOINS | | | |
| [Création, remont, adjonction] | | | |
| Fonctionnel, thérapeutique, nécessaires à la prothèse | | | |
| DATE DU DEVIS | | | |
| DATE DE L'EXÉCUTION | | | |

