

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

VOLET ADHERENT

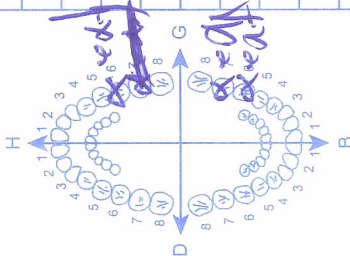
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

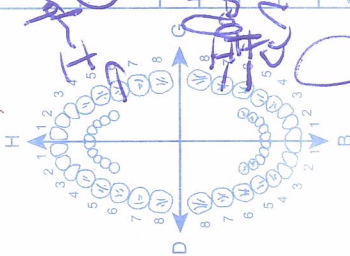
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitements canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
	26	ext	10
	36	ext	10
	36	ext	10
	36	ext	10
	36	ext	10
	36	ext	10
MONTANTS DES SOINS			
DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000
	G 00000000 00000000 5533411 11433553
	B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	I - b - t - e - c - f
	I - b - t - e - c - f
	+ CCN sur l ₂₆ t _{36 et 37}
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

~~VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS~~

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION