



BELIEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 | MONTANT<br>DES HONORAIRES |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| CACHET ET SIGNATURE DU<br>LABORATOIRE ET DU RADIologue | Date | Désignation des<br>Coefficients |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

MATEMATIK

VIOLET ADHESIVE

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

RELEVE 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 traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| COINS DENTAIDES | Dents | Nature des Coefficient | Montant des | COEFFICIENT |
|-----------------|-------|------------------------|-------------|-------------|
|-----------------|-------|------------------------|-------------|-------------|

D.D.F

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

N° Dossier: 193397  
N° Dossier externe: PEC-8665-02 02 2024  
Type de dossier: DENTAIRE  
Bénéficiaire: SEMMAM HICHAM  
Situation: Notifié  
Sous-situation: ---  
Date de début: 02-02-2024  
Date de fin:  
Date de saisie: 02-02-2024  
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

| Date       | Type   | Commentaire  |
|------------|--------|--|
| 06-02-2024 | Manuel | REJET DES ZIRCONES SUR DENTS POST. A REMPLACER PAR DES COR |