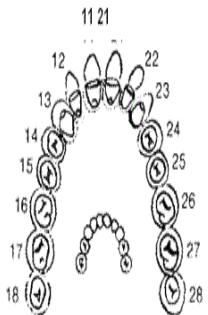
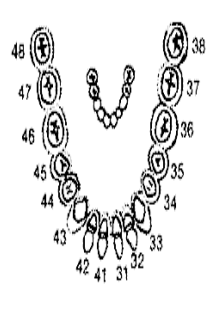


R.C.A.M.

NOTE D'HONORAIRES DENTAIRES

Renseignements OBLIGATOIRES à remplir par l'affilié et à envoyer au Bureau liquidateur concerné
avec une demande de remboursement

Nom et prénom de l'affilié(e): Mme/Mlle/M.....
 Institution:..... N° PERSONNEL:.....
 Adresse administrative ou privée:..... N° TÉLÉPHONE:.....
 Personne à qui les soins ont été donnés:.....

Plan des prothèses réalisées	À remplir par le praticien traitant	Honoraires	Codes RCAM
SCHÉMA SOUHAITÉ HAUT 	SOINS Consultation génér./spéc.*(+ date):..... Radiographie endobuccale:..... Radiographie panor.et/ou télécône:..... Fluoration/Scellement de fissures :..... Tenons radic./parapulp. sur*:..... Obtur. 1 ou 2 faces de:..... Obtur. 3 ou 4 faces de:..... Trait.et obtur. 1 canal de:..... Trait.et obtur. 2-3-4 canaux de:..... Facette (cér./compos.*)sur:..... Inlay (or/céram./compos*) sur:..... Extract. normale de:..... Extrac. chirurg./hémisection de*:..... Extrac. dent incluse (Rx exigée) de:..... Apectomie/Frénectomie*:..... Détartrage haut-bas*:.....		301/302 303 304 355/356 357 359 360 361 362 374/358 372/374 363 364 365 366/367 368/368
	PARODONTOLOGIE: (traitement et zones; joindre note si nécessaire):		393
	PROTHÈSE FIXE (schéma souhaité) Couronne coulée/coiffe télescop*:..... Couronne céram.métal./Richm.* sur:..... Faux-moig. reconst. avec tenons sur:..... Faux-moig. coulé/coiffe sur pivot* sur:..... Attach. de précision sur:..... (cour.coulée sur:..... Bridge (cour. céram.métal./Richm.* sur:..... (dents intermédiaires:..... Implants (nombre et site) (non remboursables):..... Abutments (nombre):.....		371 374 369 372 370 371 374 373 392 372
	PROTHÈSE AMOVIBLE (schéma souhaité) Dentier (dents à remplacer:..... supérieur (crochets/attachement* sur:..... (base résine/chrome-cobalt)*:..... Dentier (dents à remplacer:..... inférieur (crochets/attachement* sur:..... (base résine/chrome-cobalt)*:..... Gouttière occl.: plan de morsure/surélév.(bruxisme)/blanchiment*:.....		376/378/381 377/370 375/380 376/378/381 377/370 375/380 375/134
Cachet du praticien traitant avec n° tél. svp (obligatoire):	Prothèses provisoires: cour./dentier*:..... Répar. dentier (base résine/base chr.-cobalt*:..... (adj. dent/crochet*sur rés./sur chr.co*:..... Rebas./remont.* (dentier (1 à 7 dents)*:..... (dentier (8 à 14 dents)*:..... Répar. cour./élém. de bridge*:..... Dépose ou repose proth.fixe (par cour.)*:..... Attelle de contention (hors ortho) amovible/fixe*:.....		387/395/396 382/390 384/391 383/385 389/386 388 379 375/359 x n
Signature:	Je certifie avoir effectué les soins et/ou prothèses indiqués ci-dessus et en avoir reçu les honoraires correspondants qui s'élèvent à: Préciser la DEVISE Préciser le PAYS	Total des honoraires: (préciser la devise) Avis du Dentiste conseil de l'U.E.:	
Le.....			