

PROTHESES ET SOINS DENTAIRES (à compléter par le dentiste)

Plainte principale et symptômes majeurs :

Diagnostic :

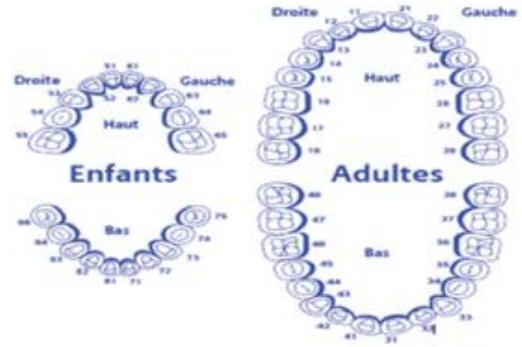
Code principal : 2^{eme} code : 3^{eme} code :

Autre diagnostic :

AVP Accident de travail Accident de sport

Orthodontie Congénital Devis

Préventif Hygiène Exécution



Indiquer l'intervention pratiquée en se servant des codes et des coefficients de la nomenclature générale et du croquis ci-dessus.

Code	Description /soin	Numéro de dent	Montant

Nom du Dentiste Traitant :

Date: / /

Tél/Fax :

Signature et cachet :

Je déclare avoir été informé que tout renseignement inexact ayant pour but d'induire l'assureur en erreur entraine la perte du droit à toute prestation.

Date: / /

Signature de l'Adhérent:

SOINS OPTIQUES (à compléter par l'ophtalmologue)



	CEIL DROIT				CEIL GAUCHE			
	SPH.	CYL.	AXE	PRISME	SPH.	CYL.	AXE	PRISME
De loin								
De près								

Évaluation Clinique :

Spécification des Verres :

Spécification des Lentilles :

Montures ? • OUI • NON

Je déclare avoir été informé que tout renseignement inexact ayant pour but d'induire l'assureur en erreur entraine la perte du droit à toute prestation.

Date: / /

Tél/Fax :

Signature de l'Adhérent:

Nom de l'Ophtalmologue Traitant :

Date : / /

Tél/Fax :

Signature et cachet:

Je déclare avoir été informé que tout renseignement inexact ayant pour but d'induire l'assureur en erreur entraine la perte du droit à toute prestation.

Date: / /

Signature de l'Adhérent: