

Feuille de soins dentaires (suite) - À REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Date de l'acte	<input type="text"/>	Dent traitée	<input type="text"/>	Coefficient de l'acte	<input type="text"/>	Honoraires (en €)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nature de l'acte	<input type="text"/>								
Date de l'acte	<input type="text"/>	Dent traitée	<input type="text"/>	Coefficient de l'acte	<input type="text"/>	Honoraires (en €)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nature de l'acte	<input type="text"/>								
Date de l'acte	<input type="text"/>	Dent traitée	<input type="text"/>	Coefficient de l'acte	<input type="text"/>	Honoraires (en €)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nature de l'acte	<input type="text"/>								
Date de l'acte	<input type="text"/>	Dent traitée	<input type="text"/>	Coefficient de l'acte	<input type="text"/>	Honoraires (en €)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nature de l'acte	<input type="text"/>								
Date de l'acte	<input type="text"/>	Dent traitée	<input type="text"/>	Coefficient de l'acte	<input type="text"/>	Honoraires (en €)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nature de l'acte	<input type="text"/>								
Date de l'acte	<input type="text"/>	Dent traitée	<input type="text"/>	Coefficient de l'acte	<input type="text"/>	Honoraires (en €)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nature de l'acte	<input type="text"/>								
Date de l'acte	<input type="text"/>	Dent traitée	<input type="text"/>	Coefficient de l'acte	<input type="text"/>	Honoraires (en €)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nature de l'acte	<input type="text"/>								
Date de l'acte	<input type="text"/>	Dent traitée	<input type="text"/>	Coefficient de l'acte	<input type="text"/>	Honoraires (en €)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nature de l'acte	<input type="text"/>								

Détail des soins dentaires - À REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Total des honoraires

Indiquer ci-dessous la dent traitée et le coefficient ou à défaut, succinctement, la nature des soins (**EX**traction, **RAD**io, **DEV**italisation, **OBT**uration, etc.)

(en €) ,

Cachet du praticien (OBLIGATOIRE)

Signature

Je certifie l'exactitude des éléments déclaratifs mentionnés ci-dessus.

Fait à

Le

Signature de l'adhérent (obligatoire)
précédée de la mention « Lu et approuvé »

Ces données sont obligatoires pour permettre à Unéo et à ses partenaires de gérer votre adhésion. Conformément à la loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, pouvant s'exercer auprès du correspondant informatique et libertés de la mutuelle Unéo. Vous pouvez toutefois vous opposer à leur utilisation à des fins commerciales en cochant la case ci-contre :