

**1** Dr: \_\_\_\_\_ (nom) Numéro tél.: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_

**2** Patient: \_\_\_\_\_ H / F Age: \_\_\_\_\_

**3** Indiquez: **Résine Squelettée Mediflex** (S.V.P, entourez)

**4** Étape Prévoir un délai de **10 jours** ouvrés Date de Livraison

<input type="checkbox"/> Cire d'occlusion	H / B	Date: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> P.E.I	H / B	Date: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Essayage	H / B	Date: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Finition	H / B	Date: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Finition directe	H / B	Date: ____ / ____ / ____

**Appareil Résine ou Squelettée Spéciale Mutuelle**

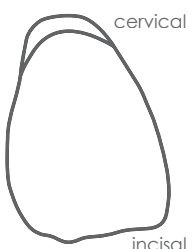
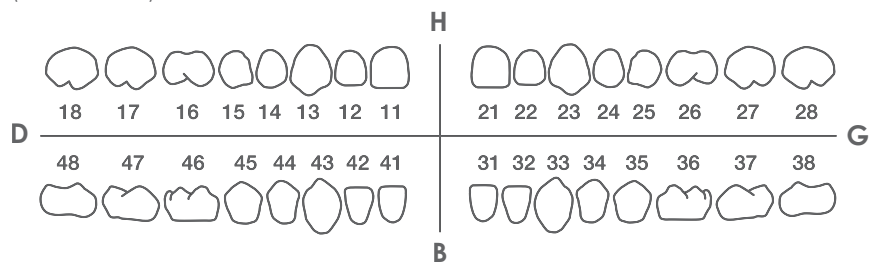
réservé au labo, heure rendez-vous

..... - ..... @ .....

..... - ..... @ .....

..... - ..... @ .....

**5** Teinte - Utilisez le teintier Vita (S.V.P, entourez)

**6** Instructions

Dents sur: \_\_\_\_\_ →  @ essayage

Crochet: \_\_\_\_\_ →  @ finition

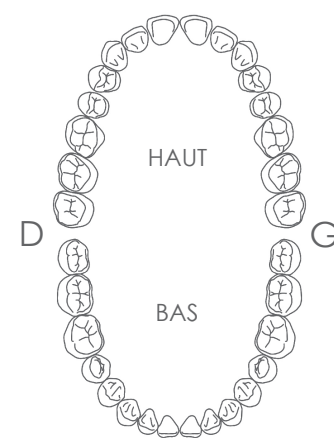
NOTE: téléchargez nos bons de commande sur [www.mm dental.fr](http://www.mm dental.fr)

Remarques / Notes

L'empreinte a été désinfectée avec: \_\_\_\_\_  
 par: \_\_\_\_\_

**Merci de nous indiquer si des racines seront extraites et à quelle étape**

**Spéciale Mutuelle**



Travail à refaire

Ci-joint l'ancienne prothèse ou à refaire: \_\_\_\_\_