

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

Gamme RAC 0

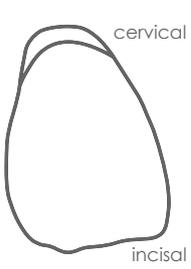
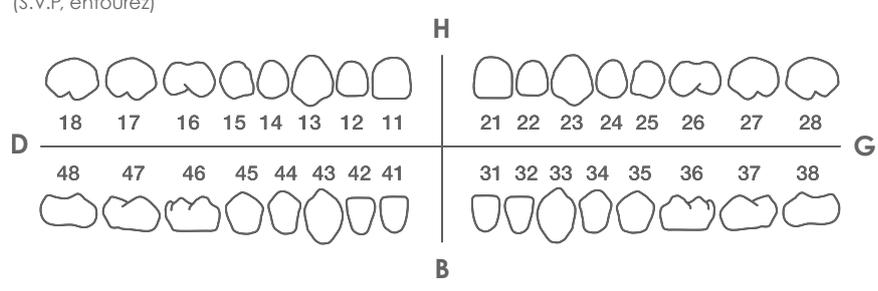
réservé au labo, heure rendez-vous

..... - @

..... - @

..... - @

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

6 **Instructions**

Couronne télescopique sur: _____

Attachement sur: _____

Dent acrylique sur: _____ → @ essayage

→ @ finition

Crochet: _____

NOTE: téléchargez nos bons de commande sur www.mmdental.fr

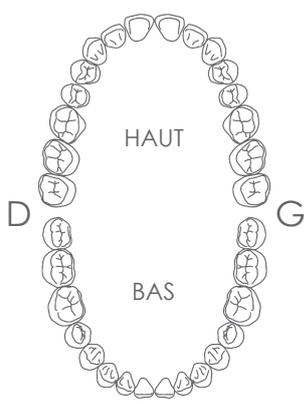
Remarques / Notes

L'empreinte a été désinfectée avec: _____

par: _____

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

RAC 0



Travail à refaire

Ci-joint l'ancienne prothèse ou à refaire: _____

Dispositif médical sur mesure / Livré non stérilisé / Les conditions générales de vente s'appliquent / Visitez www.mmdental.fr

Informations sur les dispositifs médicaux sur mesure : produits dentaires conçus pour satisfaire aux caractéristiques spécifiques du dispositif indiqué dans la prescription médicale en question et est destiné au seul usage exclusif du patient mentionné ci-dessus. Le dispositif médical en question est conforme aux exigences essentielles mentionnées aux articles R.5211-21 à R511-23 du code de santé publique et le cas échéant l'indication des exigences essentielles auxquelles il n'a pas entièrement satisfait, avec mention des motifs. Le dispositif médical peut avoir été fabriqué en France ou en Chine par MM Dental. Instructions pour l'utilisation, le stockage et la manipulation du dispositif visé: Il est fortement recommandé que le dispositif soit stocké dans un environnement propre et sec si non utilisé immédiatement. Évitez tous contacts avec des matériaux acides ou corrosifs qui pourraient l'endommager. Le dispositif ne doit pas être soumis à une chaleur extrême. Prenez soin de ne pas endommager le dispositif lors du retrait de son modèle. DISPOSITIF MÉDICAL SUR MESURE LIVRÉ NON STÉRILISÉ

1 Dr: _____ (nom) Numéro tél.: _____
 Adresse: _____

2 Patient: _____ H / F Age: _____

3 **Date de Livraison** Prévoir un délai de **10 jours** ouvrés
 (j/m/a) ____ / ____ / ____ = 1 jour ouvré avant le rendez-vous

Couronne & bridge
Gamme RAC 0
réservé au labo, heure rendez-vous
 - @
 - @

4 **Limite cervicale (céramo-métallique)**
 Zircon monolithique: HBL
 face linguale / palatale métal
 face linguale / palatale + cuspidé métal limite cervicale périphérique

5 **Restauration** * Indiquez si le moignon est décoloré

Céramo-céramique*
 E.max
 céramo - céramique pressée
 Cad-Cam
 Zircon
 tout zircon (postérieure)
 avec montage céramique

Couronne céramo - métallique
 non précieux (Cr-Co)
 semi précieux (Pd)
 précieux, Or (Au)

Couronne tout métal
 Co-Cr Pd Au

Composite
 Wax up
 Inlay - core
 Co-Cr Pd Au
 Intégrale Séparé

** **Envoyer une photo?** Faites apparaître la teinte choisie sur la photo et envoyer le document à info@mmdental.fr

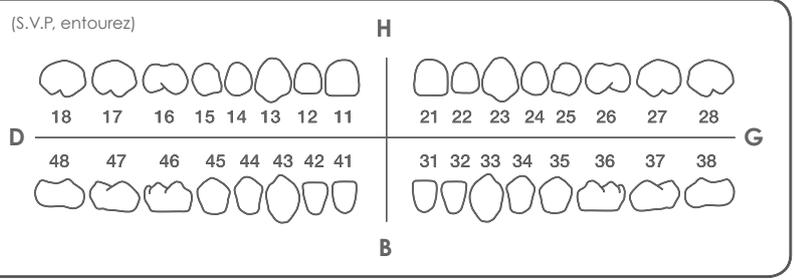
** **Ouvrir un compte?**
 Inscrivez vous sur: www.mmdental.fr
 Obtenez vos suivis de commandes et bien plus encore!

** **NOTE: téléchargez nos bons de commande sur** www.mmdental.fr

6 **Teinte** - Utilisez le teintier Vita

cervical
 incisal

Bridge
 Couronne
 Inlay
 Onlay
 Facette
 Ailette sur: _____



7 **Instructions**

Joint **céramique dent** sur: _____
 Couronne **télescopique** sur: _____
 Attachement sur: _____
 Wax up sur: _____

RAC 0

Remarques / Notes

L'empreinte a été désinfectée avec: _____
par: _____

Zircon (Cad-Cam) disponible en: Transparent Opaque

Travail à refaire
 Ci-joint l'ancienne prothèse ou à refaire: _____

Dispositif médical sur mesure / Livré non stérilisé / Les conditions générales de vente s'appliquent / Visitez www.mmdental.fr

Informations sur les dispositifs médicaux sur mesure : produits dentaires conçus pour satisfaire aux caractéristiques spécifiques du dispositif indiqué dans la prescription médicale en question et est destiné au seul usage exclusif du patient mentionné ci-dessus. Le dispositif médical en question est conforme aux exigences essentielles mentionnées aux articles R.5211-21 à R511-23 du code de santé publique et le cas échéant l'indication des exigences essentielles auxquelles il n'a pas entièrement satisfait, avec mention des motifs. Le dispositif médical peut avoir été fabriqué en France ou en Chine par MM Dental. Instructions pour l'utilisation, le stockage et la manipulation du dispositif visé: Il est fortement recommandé que le dispositif soit stocké dans un environnement propre et sec si non utilisé immédiatement. Évitez tous contacts avec des matériaux acides ou corrosifs qui pourraient l'endommager. Le dispositif ne doit pas être soumis à une chaleur extrême. Prenez soin de ne pas endommager le dispositif lors du retrait de son modèle. DISPOSITIF MÉDICAL SUR MESURE LIVRÉ NON STÉRILISÉ