

▶ **QUELQUES CONSEILS...**

... **POUR ÉVITER TOUT RETARD
DANS LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS**

- ▶ Utilisez **EXCLUSIVEMENT** cette feuille pour les **SOINS DENTAIRES DISPENSÉS À L'ÉTRANGER**.
- ▶ Utilisez une feuille pour chaque praticien ou établissement.
- ▶ Adressez cette feuille à la Mutuelle Intérieure Entreprises et Expatriés en joignant les **FACTURES ORIGINALES ACQUITTÉES** et **TOUTES LES RADIOS LISIBLES** justifiant votre dépense.
- ▶ Pour être remboursé, vous devez avoir **ACQUITTÉ LA COTISATION** exigible à la date des soins.

FEUILLE DE SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES
NE PAS UTILISER POUR LES SOINS REÇUS EN FRANCE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO D'ADHÉRENT _____ CATÉGORIE _____
ET/OU N° STÉ SOCIALE _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

EMPLOYEUR : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS

S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT ? OUI NON DATE DE CET ACCIDENT : _____

CAUSÉ PAR UN TIERS ? OUI NON

SI LE MALADE N'EST PAS L'ADHÉRENT

NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____
PRÉNOM : _____

LIEN AVEC L'ADHÉRENT : CONJOINT⁽¹⁾ ENFANT AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE

⁽¹⁾ EXERCE-T-IL ACTUELLEMENT UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ? OUI NON

SI OUI, LAQUELLE : _____

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.
En cas de 1^{er} paiement ou de modification, joignez un relevé d'identité bancaire ou postal.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Signature de l'adhérent ou de son représentant

IDENTIFICATION DU PRATICIEN TRAITANT

Identification of the practitioner - Identificación del médico

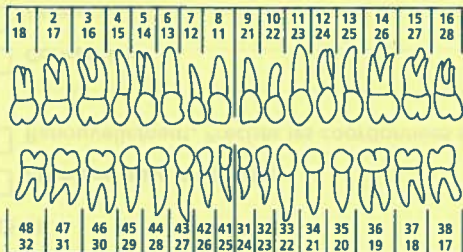
IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

NOM - PRÉNOM :

N° D'ADHÉRENT [] CATÉGORIE []

NOM - PRÉNOM DU PATIENT :

SCHÉMA DENTAIRE À REMPLIR - Dental pattern to be filled in - Esquema dentario a rellenar



/ = dent absente : Missing tooth - Diente ausente
X = dent remplacée prothèse : Tooth replaced by a prosthesis - Diente sustituido por prótesis

JOINDRE LES RADIOS LISIBLES - TO JOIN THE READABLE RADIOS - ADJUNTAR LAS RADIOS LEGIBLES

- PROTHÈSES AMOVIBLES**
Removable prosthesis - Prótesis amovible
 - Résine - Resin - Resina
 - Métal - Metal - metal

- MAXILLAIRE SUPÉRIEUR**
Upper jaw - Maxilar superior
- Mandibule** - Mandible - Mandíbula
Nombre de dents :
Number of teeth - Numero de dientes

- RÉPARATION**
Repair
Reparación

- FRACTURE**
Fracture
Rotura

DESCRIPTION DE LA PROTHÈSE

Numéros de dents à préciser

DESCRIPTION OF THE PROSTHESIS - Teeth number to be specified
DESCRIPCIÓN DE LAS PRÓTESIS - Números de dientes necesarios

- COURONNE** :
Crown - Corona

- DENT À TENON** :
Pin-tooth - Diente con espiga

- PROTHÈSE FIXE (Bridge)** :
Fixed prosthesis (Bridge) - Prótesis fija (Puente)

- **Piliers (n° dent)**
Abutments (n° of tooth)
Pilares (n° de diente)

- **Inters (n° dent)**
Pontics (n° of tooth)
Piezas intermedia (n° de diente)

- ADJONCTION / REMPLACEMENT - DENT / CROCHET**
Addition / Replacement - Tooth / Hook
Añadidura / Sustitución - Diente / Colmillo

IMPORTANT : N'OMETTEZ PAS DE COMPLÉTER LE VOLET N°2 CI-DESSUS ET DE JOINDRE LES RADIOS LISIBLES

IMPORTANT : do not forget to complete section n°2 above and to join the radios - IMPORTANTE : no olvide cumplimentar el talón n°2 adjunta y de adjuntar las radios

IDENTIFICATION DU PRATICIEN TRAITANT

Identification of the practitioner - Identificación del médico

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

NOM - PRÉNOM :

N° D'ADHÉRENT [] CATÉGORIE []

NOM - PRÉNOM DU PATIENT :

Date de début du traitement : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Date of start of treatment
Fecha del principio del tratamiento

CASES À COCHER

- Première prise en charge
- Renouvellement. Préciser les coordonnées de l'organisme qui est à l'origine du 1^{er} accord
.....
- Contention :
- Autres :

ANOMALIES DENTAIRES - Dental anomalies - Anomalías dentales :

PLAN DE TRAITEMENT - Treatment plan - Plan de tratamiento :

APPAREILLAGE FIXE OU AMOVIBLE - Fixed or removable equipment - Prótesis fija o amovible :

IMPORTANT : N'OMETTEZ PAS DE COMPLÉTER LE VOLET N°2
IMPORTANT : do not forget to fill in section n°2 - IMPORTANTE : recuerde rellenar el talón n°2

