



Mutuelle Familiale France et Outre-Mer  
Soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité  
Immatriculée au R.N.M. N°784 647 323  
Agréée par arrêté du préfet de la région d'Ile-de-France  
en date du 23 avril 2003

18 RUE LÉON JOUHAUX  
75483 PARIS CÉDEX 10  
Tél. : 01 48 03 35 00 - Fax : 01 42 08 40 80

## 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 : .....  
PRÉNOM : ..... DATE DE NAISSANCE :   
LIEN AVEC L'ADHÉRENT :  CONJOINT<sup>(1)</sup>  ENFANT  AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE  
<sup>(1)</sup> 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<sup>er</sup> 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

### 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 FAMILIALE FRANCE ET OUTRE-MER** 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.



**IDENTIFICATION DU PRATICIEN TRAITANT**

Identification of the practitioner - Identificación del médico

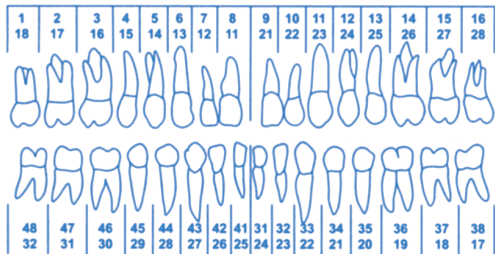
**IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT**

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 : X = dent remplacée prothèse :

Missing tooth - Diente ausente 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 - Protésis amovible  
Résine - Resin - Resina  
Métal - Metal - metal

**RÉPARATION**  
Repair  
Reparación

**MAXILLAIRE SUPÉRIEUR**  
Upper jaw - Maxilar superior

**FRACTURE**  
Fracture  
Rotura

**Mandibule - Mandible - Mandibula**  
Nombre de dents :  
Number of teeth - Numero de dientes

**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 ooth)  
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 ET DE JOINDRE LES RADIOS LISIBLES**

IMPORTANT: do not forget to complete section n°2 and to join the radios - IMPORTANTE: no olvide cumplimentar et 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<sup>er</sup> 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 fijaa o amovible : .....