

> REMPLIR OBLIGATOIREMENT LES CASES GRISÉES

POUR LE TRAITEMENT DE CETTE COMMANDE.

POUR LE RESTE, NE REMPLIR QU'EN FONCTION DE VOS BESOINS.

COCHER IMPÉRATIVEMENT

- ★ GAMME PROTHÉTIQUE **EXCELLENCE**
- ✦ GAMME PROTHÉTIQUE **CONFIANCE**
- ◆ SERVICE PROTHÉTIQUE **CONFORT**

- (Asie)
- (Océan Indien)
- (Paris)



BON DE COMMANDE

PROTHÈSE ADJOINTE

(EXEMPLAIRE À NOUS RETOURNER)

NE RIEN INSCRIRE DANS CES CASES

DRL :

DRL :

Service Commandes :
46 - 56, rue des Orteaux - 75020 PARIS
N° Azur : 0811 115 000 - Fax : +33 1 53 38 64 86

IMPORTANT
Il est impératif de retourner systématiquement tous travaux défectueux, afin que le laboratoire exécute les retouches ou reprenne le travail entièrement dans le cadre de la garantie. Dans le cas contraire, nous serions obligés de le facturer à nouveau.

CONFIDENTIEL / À MENTIONNER OBLIGATOIREMENT DANS LA FACTURE

PATIENT (nom ou code identification obligatoire) ▶

ÂGE FEMME HOMME

Allergies ? oui Lesquelles :

..... Patient à risque : oui

ÉTIQUETTE CODE CLIENT À COLLER IMPÉRATIVEMENT PAR LE PRATICIEN

N° DE COMMANDE

CIRE D'ARTICULATION HAUT BAS

P.E.I. HAUT BAS

★✦ **STELLITE**

OPTION 1 ▶ Je commande **EXCLUSIVEMENT** la plaque nue et ferai réaliser les étapes suivantes (montage + finition) par mes propres moyens.

OPTION 2 ▶ Je commande une plaque avec montage et finition, mais je choisis les étapes suivantes : -----▶

NOMBRE DE DENTS

HAUT BAS

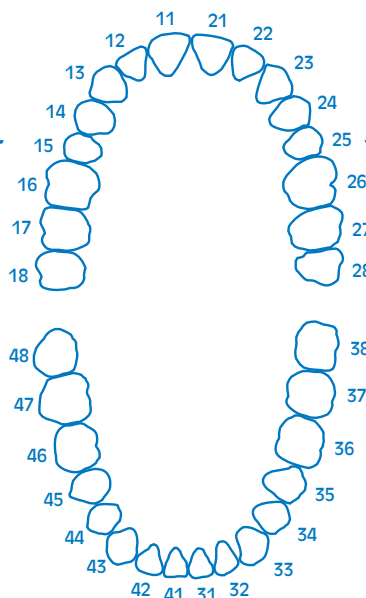
PLAQUE NUE **PLAQUE + MONTAGE + FINITIONS**

- ÉTAPES**
- 1- FINITION DIRECTE
 - 2- ESSAYAGE PLAQUE
 - 3- ESSAYAGE DENTS/CIRE
 - 4- PLAQUE + CIRE D'OCCLUSION
 - 5- ESSAYAGE PLAQUE + MONTAGE DENTS/CIRE
 - 6- FINITION

OPTION 1 OU 2

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PLEINE <input type="checkbox"/> DÉCOLLETÉE <input type="checkbox"/> FER À CHEVAL <input type="checkbox"/> BARRE PALATINE <input type="checkbox"/> BARRE LINGUALE <input type="checkbox"/> BARRE LING. KENNEDY <input type="checkbox"/> PLAQUE UNILATÉRALE <input type="checkbox"/> AU CHOIX DU LABORATOIRE 	<p>FORME DES CROCHETS Préciser N° de dent</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CROCHETS ACKERS <input type="checkbox"/> RPI <input type="checkbox"/> ROACH <input type="checkbox"/> DISCRETS <input type="checkbox"/> CROCHETS ACÉTAL BLANCS <input type="checkbox"/> AU CHOIX DU LABORATOIRE 	<p>TRAVAIL EN SUPPLÉMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> BARRE CINGULAIRE <input type="checkbox"/> DENT PLEINE <input type="checkbox"/> CONTRE-PLAQUE <input type="checkbox"/> AUTRES
--	---	--

DENTS À SUPPLÉMENT	TEINTIER DE RÉFÉRENCE	CHOIX DU MÉTAL
<ul style="list-style-type: none"> ★ <input type="checkbox"/> SR Vivodent DCL ANT. ★ <input type="checkbox"/> SR Orthotyp DCL POST. <p>AUTRES* :</p> <p><small>* Fournies par le praticien</small></p>	<p>VITA <input style="width: 30px;" type="text"/> SR VIVODENT <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>AUTRE TEINTIER <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>.....</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CHROME COBALT <input type="checkbox"/> TITANE <input type="checkbox"/> MÉTAUX PRÉCIEUX



★✦◆ **RÉSINE**

- MONTAGE FINITION
- ESSAY-DENTS/CIRE
- FINITION
- SUPP. RÉSINE FLEXIBLE

◆ En service Confort, prothèse complète uniquement.

DENTS À SUPPLÉMENT

- ★ SR Vivodent DCL ANT.
- ★ SR Orthotyp DCL POST.

AUTRES* :

* Fournies par le praticien

TYPE DE CROCHET Préciser N° de dent

- ★✦ CROCHETS COULÉS Or blanc Or jaune
- ★✦ CROCHETS FAÇONNÉS**
- ★✦ CROCHETS ACÉTAL (blancs)**

** Crochet en supplément (voir TARIF)

ÉLÉMENTS FOURNIS PAR LE PRATICIEN

- PHOTO STELLITE ANCIEN APPAREIL
- ATTACHEMENT TYPE

ÉLÉMENTS FOURNIS PAR LABOCAST

- ATTACHEMENT OT STRATEGY **HORIZONTAL** mâle femelle complet
- ATTACHEMENT OT STRATEGY **VERTICAL** mâle femelle complet
- ATTACHEMENT ASC 52 USM mâle femelle complet

NOM OU CODE D'IDENTIFICATION OBLIGATOIRE

PATIENT

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE

CODE CLIENT

N° DE COMMANDE

CACHET PROFESSIONNEL ET SIGNATURE OBLIGATOIRES

NOMBRE DE DENTS

HAUT BAS

APPAREILS IMMÉDIATS

- EXTRACTION TOTALE
- N° DENT À EXTRAIRE :
- GOUTTIÈRE ANTIBRUXISME (souple)
- GOUTTIÈRE ANTIBRUXISME (dure)
- GOUTTIÈRE ANTIRONFLEMENT
- PROTÈGE-DENTS
- GOUTTIÈRE DE BLANCHIMENT
- DIVERS

OBSERVATIONS :

Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de vente figurant au verso.