



Orthodontie

Vos données

Vous pouvez coller une vignette ci-dessous

Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse e-mail	

Informations requises

A remplir par l'orthodontiste

Nom du praticien	
Adresse du praticien	
Je déclare que le bénéficiaire susmentionné répond à l'une des conditions suivantes : ☐ A commencé son traitement orthodontique le ____ / ____ / ____ ☐ A terminé son traitement orthodontique depuis le ____ / ____ / ____ ☐ A reçu les 18 séances de contention (305616) du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____	
Date :	Signature et cachet du praticien :