

FICHE de PRESCRIPTION

Le \DATE\ n° \NUMERO_PRESCRIPTION\

IPP Patient : \IPP\ âgé[e] de \AGE\

Enseignant(e) : \SUPERVISEUR_NOM\

Etudiant(e) : \UTILISATEUR_NOM\

Laboratoire \NOM_LABORATOIRE\



CHU de Montpellier
Service d'odontologie

549 avenue du Pr J.L. Viala - 34295 Montpellier Cedex 5
Régie : 04 67 33 20 42 - Fax : 04 67 33 20 42
www.chu-montpellier.fr N° FINESS 340782531

\TYPE_TRAVAIL\

Matériaux appropriés et définis: \LISTE_MATERIAUX\

\TYPE_EMPREINTES\

Teinte: \TEINTE\

Mise en place le : \DATE_MISE_EN_PLACE\

Description des prothèses

\COMMENTAIRES\

\DESCRIPTION_1\	\ID_1\
\DESCRIPTION_2\	\ID_2\
\DESCRIPTION_3\	\ID_3\
\DESCRIPTION_4\	\ID_4\
\DESCRIPTION_5\	\ID_5\
\DESCRIPTION_6\	\ID_6\

Instructions et étapes d'élaboration

Etape	Pour le	Heure	Demande
1	\DATE_1\	\HEURE_1\	\DEMANDE_1\
2	\DATE_2\	\HEURE_2\	\DEMANDE_2\
3	\DATE_3\	\HEURE_3\	\DEMANDE_3\
4	\DATE_4\	\HEURE_4\	\DEMANDE_4\
5	\DATE_5\	\HEURE_5\	\DEMANDE_5\
6	\DATE_6\	\HEURE_6\	\DEMANDE_6\
7			
8			

Pour le 1er envoi au laboratoire, le devis signé et scanné doit être présenté à la régie (un acompte de 30% du montant total du devis est demandé avant le début des travaux).

Pour la livraison de la prothèse, Les codes CCAM correspondant au travail doivent être rentrés dans le logiciel de gestion et le solde doit être payé avant retrait au laboratoire.