

## RELEVÉ D'HONORAIRES

### TRAITEMENT ORTHODONTIQUE

---

**Reçu partiel à faire remplir par le praticien**

Nom et prénom de l'affilié:

.....

N° Personnel: ..... Institution: .....

Cachet du praticien traitant:

Reçu de M. ...., la somme

de ..... pour soins orthodontiques

donnés à .....

au cours du ..... au ..... 20.....

Le ..... 20.....

Signature

---

## RELEVÉ D'HONORAIRES

### TRAITEMENT ORTHODONTIQUE

---

**Reçu partiel à faire remplir par le praticien**

Nom et prénom de l'affilié:

.....

N° Personnel: ..... Institution: .....

Cachet du praticien traitant:

Reçu de M. ...., la somme

de ..... pour soins orthodontiques

donnés à .....

au cours du ..... au ..... 20.....

Le ..... 20.....

Signature

---