



4. Radiologie				
5. Prothèses dentaires et implants dentaires				
Prothèses amovibles				
	Prothèse en résine synthétique			
	Prothèse squelettique			
	Prothèse clipsée			
	Ancrages / piliers / attachements			
	Réparation			
	Remplacement de la base			
	Adjonction			
Prothèses fixes				
	Couronne / Couronne sur tenons			
	Couronne sur implants			
	Bridge			
	Inlay / Onlay			
	Pilier			
	Facette			
	Couronne provisoire			
	Implants			
6. Orthodontie				
Date de placement du premier appareil dans le plan de traitement : ...../...../ 20.....				
	Avis			
	Examen et diagnostique			
	Plan de traitement			
	Appareil de base			
	Appareil supplémentaire			
	Appareil de contention			
	Controle actif			
	Controle de contention			
	Autre			
7. Autre				
SOUS-TOTAL 2				
		Montant demandé au patient	Montant payé par le patient	
Total des prestations remboursables par l'INAMI (Sous-total 1)				
Total des prestations non-remboursables par l'INAMI (Sous-total 2)				
Total demandé pour toutes les prestations				
Acompte déjà payé				
Total payé pour toutes les prestations*				

\* Le montant payé lors de la remise de ce document justificatif

Date :

Signature du prestataire (si d'application)