

DEMANDE D'INTERVENTION

PRESTATIONS DENTAIRES
DOCUMENT JUSTIFICATIF POUR TRAITEMENT(S) EFFECTUÉ(S)

Nom du prestataire	
N° INAMI	
N° BCE Institution perceptrice	
Rue + n°	
Code postal + localité	

Nom et prénom du patient	
Date de naissance	

Appelez ici une vignette de la mutualité

Le soussigné déclare que les traitements et prestations suivants ont été effectués

Prestations remboursables par l'INAMI + tarifs maximaux y liés

Date	(pseudo)code de nomenclature	Numéro de dent ou numéro de prothèse	Tarif de la convention	Montant demandé au patient	Montant payé par le patient
SOUS-TOTAL 1					

Prestations non-remboursables par l'INAMI (Les soins-traitements fournis doivent être notés en détail ci-dessous)

Date	Code de nomenclature ou libellé	Numéro de dent ou numéro de prothèse	Montant demandé au patient	Montant payé par le patient
1. Soins préventifs				
2. Soins curatifs				
3. Parodontologie				
	Premier examen parodontal			
	Traitement non-chirurgical de dents et implants			
	Contrôle de l'hygiène bucco-dentaire			
	Réévaluation avec statut parodontal			
	Chirurgie parodontale			
	Suivi parodontal			
	Conseil et prévention de l'hygiène bucco-dentaire			
	DPSI			



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)