

| 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)