

# 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	

Apposez 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
<b>1. Soins préventifs</b>				
<b>2. Soins curatifs</b>				
<b>3. Parodontologie</b>				
	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)