

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
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			

