

Formulaire harmonisé : paiement direct

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

Formulaire uniforme approuvé par la CNDM du 03/09/2020

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

Numéro de suite unique
(Si d'application)

Nom + Prénom du patient	
N° NISS ou date de naissance	

Numéro de réponse / code-barres e-attest
(Si d'application)

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 (1)	Montant demandé au patient (2)	Montant payé par le patient (3)
Sous-total 1*					

* Ce document est également valable comme information supplémentaire pour toutes les polices d'assurance complémentaire.

**L'ensemble des mentions prévues par l'article 53, §1er/2, alinéa 4, premier tiret, loi SSI peut être obtenu en prenant en compte le montant positif résultant de l'opération (3)-(1).

Prestations non remboursables par l'INAMI

(Les soins-traitements fournis doivent être notés en détails 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			

* Ce document est également valable comme information supplémentaire pour toutes les polices d'assurance complémentaire.

**L'ensemble des mentions prévues par l'article 53, §1er/2, alinéa 4, premier tiret, loi SSI peut être obtenu en prenant en compte le montant positif résultant de l'opération (3)-(1).

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-total2)		
Total demandé pour toutes les prestations		
Acompte déjà payé		
Total payé pour toutes les prestations***		

Date

Signature du prestataire de soin (si d'application)