Annexe 41

FORMULAIRE ANNEXE A L'ATTESTATION DE SOINS DONNES POUR PRTOHESE(S) PARTIELLE(S) DE 1 A 13 DENTS ET POUR PROTHESE(S) TOTALE(S)

A remplir par	le bénéficiaire ou	apposer la vig	nette :					
BENEFICIAIF	RE:	Nom	et prénom					
		Adres	Adresse					
				ır				
A manualin man	la matician .	IV U	пізстрион а	l'organisme assureu	1		•••••••	
A remplir par l	е ргансіен :							
PATIENT :								
		Date	de naissance.					
A partir de 50 ans et en cas de dérogation à la limite d'âge de 50 ans				A partir de 60 ans et en cas de dérogation à la limite d'âge de 60 ans				
Prothèse(s	se(s) Numéro(s) de code de la nomenclature (1)				Numéro(s) de code de la nomenclature (1)			
Nombre de dents		Ambulant	Hospitalisé	Prothèse(s)	Amb	ulant	Hospitalisé	
1	Supérieure	307731	307742	totale	Supérieure	306913	306924	
1	Inférieure	307753	307764		Inférieure	306935	306946	
2	Supérieure	307775	307786	(1) entourer 1	(1) entourer les mentions utiles.			
	Inférieure	307790	307801	<u>Etapes</u> (*) – (*	<u>Etapes</u> (*) – (**) <u>Dates</u>			
3	Supérieure	307812	307823	Empreintes p	Empreintes préliminaires			
	Inférieure	307834	307845	Empreintes se	Empreintes secondaires			
4	Supérieure	307856	307860	Prise de l'occ	Prise de l'occlusion			
	Inférieure	307871	307882	Essai	Essai			
5	Supérieure	307893	307904	Placement	Placement			
	Inférieure	307915	307926	Contrôle	Contrôle			
6	Supérieure	307930	307941					
	Inférieure	307952	307963					
7	Supérieure	307974	307985					
	Inférieure	307996	308000					
9	Supérieure	308011	308022					
	Inférieure	308033	308044					
	Supérieure	308055	308066					
	Inférieure	308070	308081		 (*) Le placement et le contrôle ne peuvent pas être effectués le même jour. (**) — Les prothèses partielles de 1 à 11 dents doivent être réalisées en 5 étapes minimum au cours de 4 séances distinctes. — Les prothèses partielles de 12 et 13 dents et les prothèses totales doivent être réalisées en minimum six étapes au cours d'au moins cinq séances distinctes. 			
10	Supérieure	308092	308103	(*) Le placen effectués l				
	Inférieure	308114	308125					
11	Supérieure	308136	308140	(**) — <u>Les p</u> être re				
	Inférieure	308151	308162	4 séar				
12	Supérieure	306832	306843	proth				
	Inférieure	306854	306865					
13	Supérieure	306876	306880					
	Inférieure	306891	306902					
DDATIGIENI								
PRATICIEN					D-4			
NT .					Date :			
Nom, prénom	ı, adresse :							
3.To 41								
N° d'identific	ation à l'INAMI	:				(signatur	e)	