

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE POUR :

- prothèse(s) partielle(s) de 1 à 13 dents en cas de dérogation à la limite d'âge de 50 ans;
- prothèse(s) dentaire(s) totale(s) en cas de dérogation à la limite d'âge de 60 ans.

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette :

BENEFICIAIRE : Nom et prénom

 Adresse

 Organisme assureur

 N° d'inscription à l'organisme assureur

A remplir par le praticien :

PATIENT : Nom, prénom

 Date de naissance

En cas de dérogation à la limite d'âge de 50 ans

Prothèse(s) Nombre de dents	Numéro(s) de code de la nomenclature (1)		
		Ambulant	Hospitalisé
1	Supérieure	307731	307742
	Inférieure	307753	307764
2	Supérieure	307775	307786
	Inférieure	307790	307801
3	Supérieure	307812	307823
	Inférieure	307834	307845
4	Supérieure	307856	307860
	Inférieure	307871	307882
5	Supérieure	307893	307904
	Inférieure	307915	307926
6	Supérieure	307930	307941
	Inférieure	307952	307963
7	Supérieure	307974	307985
	Inférieure	307996	308000
8	Supérieure	308011	308022
	Inférieure	308033	308044
9	Supérieure	308055	308066
	Inférieure	308070	308081
10	Supérieure	308092	308103
	Inférieure	308114	308125
11	Supérieure	308136	308140
	Inférieure	308151	308162
12	Supérieure	306832	306843
	Inférieure	306854	306865
13	Supérieure	306876	306880
	Inférieure	306891	306902

En cas de dérogation à la limite d'âge de 60 ans

Prothèse(s) totale	Numéro(s) de code de la nomenclature (1)		
		Ambulant	Hospitalisé
	Supérieure	306913	306924
Inférieure	306935	306946	

(1) entourer les mentions utiles.

Joindre les renseignements médicaux justificatifs.

PRATICIEN

Date :

Nom, prénom, adresse :

N° d'identification à l'INAMI :

(signature)

Réservé à l'organisme assureur.

Décision du médecin-conseil.

Je soussigné déclare - autoriser - ne pas autoriser (1) l'intervention de l'assurance soins de santé pour prothèse(s) n°(s)
de code de la nomenclature

..... au patient susnommé.

Motivation en cas de refus :

.....

.....

Date :

(signature)

Décision de l'organisme assureur

Compte tenu d'interventions antérieures éventuelles, le montant dû par l'organisme assureur pour la prothèse visée
ci-dessus est actuellement fixé à €

Date :

Le délégué de l'organisme assureur :

(signature)

Sceau ou cachet de l'O.A.

(1) Entourer les mentions utiles.