

A remplir par l'organisme assureur

| Date(s) de(s) prothèse(s) antérieurement remboursée(s) | Numéro de la nomenclature |
|---|---------------------------|
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |

| Date(s) de(s) rebasage(s) antérieurement remboursée(s) | Numéro de la nomenclature |
|---|---------------------------|
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |

Le délégué de l'organisme assureur : (signature)

Sceau ou cachet de l'O.A.

Décision du Conseil technique dentaire

Motivation du refus

Vu pour être annexée au règlement du 27 avril 1998.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. Praet.

Un Vice Président,

D. Broeckx.