

## DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE POUR TRAITEMENT ORTHODONTIQUE

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette :

BENEFICIAIRE : Nom et prénom :  
 Adresse :  
 Organisme assureur :  
 Numéro d'inscription à l'organisme assureur :

A remplir par le praticien :

Patient(e) : Nom et prénom : .....  
 Date de naissance : .....

**IMPORTANT** : Les points 1 à 6 doivent obligatoirement être complétés

1. Il s'agit de :

- DEMANDE D'INTERVENTION**  
 (compétence du médecin-conseil)
- DEMANDE DE CONTINUATION LORSQUE MOINS DE 36 PRESTATIONS 305616-305620 ONT ETE INITIALEMENT AUTORISEES**  
 (compétence du médecin-conseil)
- DEMANDE DE PROLONGATION LORSQUE 36 PRESTATIONS 305616-305620 ONT ETE AUTORISEES ET EFFECTUEES**  
 (compétence du Conseil Technique Dentaire)

2. En cas de CONTINUATION ou de PROLONGATION de traitement :

Traitement effectué du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Nombre de prestations 305616-305620 attestées : \_\_\_\_\_

Le traitement a-t-il été suivi régulièrement OUI/NON( )

Au cas où le traitement a été interrompu, est-ce avec l'autorisation du praticien ? OUI/NON ( )

Période d'interruption : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Motif de l'interruption : \_\_\_\_\_

3. DESCRIPTION détaillée de la DYSMORPHOSE INITIALE ou,

en cas de continuation ou de prolongation, des RESULTATS OBTENUS et de L'ETAT ACTUEL DE LA DYSMORPHOSE :

.....  
 .....  
 .....

4 PLAN DE TRAITFMENT : .....

.....  
 .....  
 .....

5. DUREE DEMANDEE : NOMBRE DE PRESTATIONS 305616-305620 : \_\_\_\_\_

6. Les dents définitives : ne sont pas cariées ( ) / sont cariées ( ) / ont été soignées ( )

PRATICIEN : Nom et prénom :

Adresse :  
 Numéro d'identification à l'I.N.A.M.I. (cachet) :  
 Date :  
 Signature :

Décision du médecin-conseil : (à notifier au bénéficiaire dans le mois de la réception de cette demande)

Accord pour ..... x le forfait mensuel 305616-305620 à partir du .....  Refus : .....

Motivation en cas de refus ou de limitation des prestations demandées :

.....  
 .....

Date :

 Transmission de la demande de prolongation au Conseil Technique Dentaire.

Signature :

Identification du médecin-conseil (cachet) :

( ) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé au règlement du 1<sup>er</sup> avril 1996.

Le Fonctionnaire dirigeant,

e Président,

Dr J RIGA.

D. SAUER.