

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^{er} avril 1996.

Le Fonctionnaire dirigeant,

e Président,

Dr J RIGA.

D. SAUER.