Formulaire harmonisé : paiement direct

prestations dentaires – **document justificatif\* pour traitement(s) effectué(s)**

Formulaire uniforme approuvé par la CNDM du 03/09/2020

*Numéro de suite unique*

(Si d’application)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du prestataire: |  |
| N° INAMI : |  |
| N° BCE Institution perceptrice: |  |
| Rue + n°: |  |
| Code postal + localité |  |

*Numéro de réponse / code-barres e-attest*

(Si d’application)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom + Prénom du patient |  |
| N° NISS ou date de naissance |  |

**Le soussigné déclare que les traitements et prestations suivants ont été effectués :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prestations remboursables par l’INAMI + tarifs maximaux y liés** | | | | | |
| **Date** | **(pseudo)code de nomenclature** | **Numéro de dent ou numéro de prothèse** | **Tarif de la convention (1)** | **Montant demandé au patient (2)** | **Montant payé par le patient (3)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Sous-total 1\*** | | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prestations non remboursables par l’INAMI**  **(Les soins-traitements fournis doivent être notés en détails ci-dessous)** | | | | |
| **Date** | **Code de nomenclature ou libellé** | **Numéro de dent ou numéro de prothèse** | **Montant demandé au patient** | **Montant payé par le patient** |
| **1 Soins préventifs :** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **2 Soins curatifs :** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **3 Parodontologie :** | | | | |
|  | Premier examen parodontal |  |  |  |
|  | Traitement non chirurgical de dents et implants |  |  |  |
|  | Contrôle de l’hygiène bucco-dentaire |  |  |  |
|  | Réévaluation avec statut parodontal |  |  |  |
|  | Chirurgie parodontale |  |  |  |
|  | Suivi parodontal |  |  |  |
|  | Conseil et prévention de l’hygiène bucco-dentaire |  |  |  |
|  | DPSI |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **4 Radiologie :** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **5 Prothèses dentaires et implants dentaires :** | | | | |
| **Prothèses amovibles** | | | | |
|  | Prothèse en résine synthétique |  |  |  |
|  | Prothèse squelettique |  |  |  |
|  | Prothèse clipsée |  |  |  |
|  | Ancrages / piliers /attachements |  |  |  |
|  | Réparation |  |  |  |
|  | Remplacement de la base |  |  |  |
|  | Adjonction |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Prothèses fixes** | | | | |
|  | Couronne / Couronne sur tenons |  |  |  |
|  | Couronne sur implants |  |  |  |
|  | Bridge |  |  |  |
|  | Inlay/ Onlay |  |  |  |
|  | Pilier |  |  |  |
|  | Facette |  |  |  |
|  | Couronne provisoire |  |  |  |
|  | Implants |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **6 Orthodontie :** | | | | |
| Date de placement du premier appareil dans le plan de traitement : ……../………./ 20…… | | | | |
|  | Avis |  |  |  |
|  | Examen et diagnostique |  |  |  |
|  | Plan de traitement |  |  |  |
|  | Appareil de base |  |  |  |
|  | Appareil supplémentaire |  |  |  |
|  | Appareil de contention |  |  |  |
|  | Controle actif |  |  |  |
|  | Controle de contention |  |  |  |
|  | Autre |  |  |  |
| **7 Autre :** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Sous-total 2** | | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Montant demandé au patient** | **Montant payé par le patient** |
| **Total des prestations remboursables par l’INAMI** (Sous-total 1) |  |  |
| **Total des prestations non remboursables par l’INAMI** (Sous-total2) |  |  |
| **Total demandé pour toutes les prestations** |  |  |
| **Acompte déjà payé** |  |  |
| **Total payé pour toutes les prestations\*\*\*** |  |  |

**Date Signature du prestataire de soin (si d’application)**