

Annexe 60

NOTIFICATION d'intervention de l'assurance soins de santé pour traitement orthodontique régulier.

Case 1: Identification du bénéficiaire, du patient et du praticien.

- **Bénéficiaire** (obligatoirement à remplir par le bénéficiaire ou apposer une vignette):
Nom et prénom :
Adresse :
Mutualité:
N° d'identification sécurité sociale :
- **Patient** (obligatoirement à remplir par le praticien):
Nom et prénom :
Date de naissance : / /
- **Praticien** (obligatoirement à remplir par le praticien):
Nom et prénom :
Adresse du cabinet :
Numéro INAMI :

Case 2: Notification au médecin conseil.

Instruction: A remplir par le praticien. Cocher ce qui est d'application et justifier si demandé.

- Notification pour un traitement orthodontique régulier d'une durée de validité de 24 mois civils
- Notification pour un traitement orthodontique régulier à titre conservatoire
(uniquement valable si effectuée dans les 24 mois civils se terminant avec celui du 15e anniversaire)
Justification :
.....
.....
.....

Case 3: Détails concernant le diagnostic et le plan de traitement.

3.1. *Description détaillée du diagnostic initial:*
.....
.....
.....

3.2. *Description détaillée du plan de traitement:*
.....
.....
.....
.....

3.3. *Etat des dents:* sans carie soignées

Case 4: Signature du praticien.



Cachet

Date / /

Signature du praticien