

## Annexe 61

# DEMANDE d'intervention de l'assurance soins de santé dans le cadre d'un 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: Demande au Conseil technique dentaire.

Instruction: A remplir par le praticien. Cocher ce qui est d'application.

- Demande de dérogation à la limite d'âge
- Demande de prolongation de traitement quand 36 prestations 305616-305620 ont été effectuées
- Demande de remboursement supplémentaire pour appareillage en cas de fentes alvéolo-palatines

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

Instruction: A remplir par le praticien pour toute demande au Conseil technique dentaire.

#### 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: Détails concernant les résultats obtenus et le plan de traitement.

Instruction: A remplir par le praticien pour des demandes de prolongation de traitement ou d'intervention supplémentaire pour appareillage.

#### 4.1. Description détaillée des résultats obtenus et de l'état actuel de la dysmorphose:

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

**4.2. Description détaillée du plan de traitement ultérieur:**

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

**Case 5: Signature du praticien.**

Cachet  
Date .... / .... / .....      Signature du praticien

**Case 6: Renseignements fournis par la mutualité.**

**Instruction:** Cette case est, selon le type de demande, à remplir par la mutualité/médecin conseil.

*Remboursements effectués:*

Prestation 305631-305642      .... / .... / .....      Prestation(s) 305675-305686      .... / .... / .....      .... / .... / .....

Prestations 305616-305620 of 305734-305745 sur les dates suivantes:

- |                        |                        |                        |                        |                        |                        |
|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 1).... / .... / .....  | 2).... / .... / .....  | 3).... / .... / .....  | 4).... / .... / .....  | 5).... / .... / .....  | 6).... / .... / .....  |
| 7).... / .... / .....  | 8).... / .... / .....  | 9).... / .... / .....  | 10).... / .... / ..... | 11).... / .... / ..... | 12).... / .... / ..... |
| 13).... / .... / ..... | 14).... / .... / ..... | 15).... / .... / ..... | 16).... / .... / ..... | 17).... / .... / ..... | 18).... / .... / ..... |
| 19).... / .... / ..... | 20).... / .... / ..... | 21).... / .... / ..... | 22).... / .... / ..... | 23).... / .... / ..... | 24).... / .... / ..... |
| 25).... / .... / ..... | 26).... / .... / ..... | 27).... / .... / ..... | 28).... / .... / ..... | 29).... / .... / ..... | 30).... / .... / ..... |
| 31).... / .... / ..... | 32).... / .... / ..... | 33).... / .... / ..... | 34).... / .... / ..... | 35).... / .... / ..... | 36).... / .... / ..... |
| 37).... / .... / ..... | 38).... / .... / ..... | 39).... / .... / ..... | 40).... / .... / ..... | 41).... / .... / ..... | 42).... / .... / ..... |
| 43).... / .... / ..... | 44).... / .... / ..... | 45).... / .... / ..... | 46).... / .... / ..... | 47).... / .... / ..... | 48).... / .... / ..... |
| 49).... / .... / ..... | 50).... / .... / ..... | 51).... / .... / ..... | 52).... / .... / ..... | 53).... / .... / ..... | 54).... / .... / ..... |
| 55).... / .... / ..... | 56).... / .... / ..... | 57).... / .... / ..... | 58).... / .... / ..... | 59).... / .... / ..... | 60).... / .... / ..... |
| 61).... / .... / ..... | 62).... / .... / ..... | 63).... / .... / ..... | 64).... / .... / ..... | 65).... / .... / ..... | 66).... / .... / ..... |
| 67).... / .... / ..... | 68).... / .... / ..... | 69).... / .... / ..... | 70).... / .... / ..... | 71).... / .... / ..... | 72).... / .... / ..... |

Prestation(s) 305653-305664:  
.... / .... / .....      .... / .... / .....      .... / .... / .....      .... / .... / .....      .... / .... / .....

- *Date de la transmission au Conseil technique dentaire, le .... / .... / .....*

Visa/Cachet  
Date .... / .... / .....      Signature du médecin conseil

**Case 7: Décision du Conseil technique dentaire.**

- Refus       Accord pour un traitement orthodontique régulier (en dérogation à la limite d'âge)
- Refus       Accord pour ..... x prestations 305734-305745 à partir du .... / .... / .....
- Refus       Accord pour une prestation 305675-305686 supplémentaire

Motivation du refus.

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