

**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