

Annexe 60bis

**Traitement orthodontique de première intention
Notification à l'attention du médecin-conseil pour l'obtention d'une intervention
de l'assurance pour les prestations 305933-305944 et 305955-305966**

Identification du bénéficiaire :

A compléter par le **bénéficiaire** ou **apposer une vignette de la mutualité**

Nom + Prénom :

Adresse bénéficiaire :

Mutualité :

Numéro d'identification de la Sécurité sociale (NISS) : □□□□□□-□□□□-□□□

Éléments à attester par le praticien de l'art dentaire :

Je soussigné(e) certifie qu'un traitement orthodontique de première intention est instauré chez
....., né le Ce traitement vise à, soit :

- Corriger les articulés croisés frontaux et latéraux
 Lever les verrouillages frontaux et/ou transversaux de l'occlusion
 Prévenir les traumatismes antérieurs par la correction de la position des incisives
 Corriger un manque de place pendant la phase de permutation dentaire

** cocher la(les) case(s) adéquate(s)

Engagement du praticien :

Je soussigné(e) m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments qui prouvent que le traitement du patient mentionné ci-dessus remplit bien toutes les conditions de la nomenclature des soins dentaires pour bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire dans le cadre d'un traitement orthodontique de première intention.

Identification du praticien responsable du traitement (Nom, prénom, adresse, N° INAMI) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° INAMI :

	Cachet
	Date

Signature du praticien

Ce document doit être délivré à l'organisme assureur en même temps que l'attestation de soins donnés sur laquelle la prestation 305933-305944 est mentionnée. »

Vu pour être annexé au Règlement du 5 mai 2008 modifiant le Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

H. DE RIDDER

G. PERL