DKV Belgium

ATTESTATION DE SOINS DENTAIRES DONNES
S152 F

1. RUBRIQUE RÉSERVÉE A L'ASSURÉ

☐ **N° police individuelle**

☐ **N° police groupe** **N° de matricule**

Compte du bénéficiaire

2. RUBRIQUE RÉSERVÉE AU DISPENSATEUR DES SOINS

Nom et prénom du patient :

2.1. PRESTATIONS AUTRES QUE PROTHESES FIXES *

Date prestation	Code INAMI prestation ou description prestation	N° dent ou N° prothèse	Honoraires payés

2.2. PRESTATIONS DE PROTHESE FIXE *

Date prestation	Description prestation(s)	N° dent(s)	Honoraires payés
	Faux moignon		
	Couronne		
	Bridge - Dents piliers		}
	Bridge - Elément(s) intermédiaire(s)		
	Implant		
	Inlay / Onlay		
	Autres (Décrivez s.v.p.)		

soit la somme TOTALE de **€**

*** LES FRAIS DE PROTHESE FONT SUITE AU DEVIS DU** **/ / 20**

Conformément aux conditions d'assurance, aucun remboursement de ces frais n'est envisageable sans accord préalable de l'assureur sur base d'un devis détaillé.

Je, soussigné, certifie avoir effectué les actes attestés dans le présent document et avoir perçu les honoraires y afférents

Date, signature, nom et cachet du dispensateur des soins
(INCL. N° DE TELEPHONE)

Een onderneming van de ERGO verzekeringsgroep. Onderneming toegelaten onder nr. 0739 om de tak 2 -ziekte- te beoefenen. - Une entreprise du groupe d'assurances ERGO. Entreprise agréée sous le n° 0739 pour la branche 2 -maladie-.

DKV Belgium S.A./N.V. | bld Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Bruxelles/Brussel | tél.: 02 / 287 64 11 | fax.: 02 / 287 64 12 | contact@dkv.be | www.dkv.be | R.P.R. / R.P.M. 0414858607 | Trib. Comm. Bruxelles/ Rbkh Brussel