

**FORMULAIRE ANNEXE A L'ATTESTATION DE SOINS DONNES POUR PROTHESE(S)  
PARTIELLE(S) DE 1 A 13 DENTS ET POUR PROTHESE(S) TOTALE(S)**

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette :

**BENEFICIAIRE :** Nom et prénom .....  
 Adresse .....  
 Organisme assureur .....  
 N° d'inscription à l'organisme assureur .....

A remplir par le praticien :

**PATIENT:** Nom, prénom .....  
 Date de naissance .....

PROTHESES PARTIELLES			
A partir de 50 ans et en cas de dérogation à la limite d'âge de 50 ans.			
Prothèse(s)	Numéro(s) de code de la nomenclature (1)		
Nombre de dents		Ambulant	Hospitalisé
1	Supérieure	307731	307742
	Inférieure	307753	307764
2	Supérieure	307775	307786
	Inférieure	307790	307801
3	Supérieure	307812	307823
	Inférieure	307834	307845
4	Supérieure	307856	307860
	Inférieure	307871	307882
5	Supérieure	307893	307904
	Inférieure	307915	307926
6	Supérieure	307930	307941
	Inférieure	307952	307963
7	Supérieure	307974	307985
	Inférieure	307996	308000
8	Supérieure	308011	308022
	Inférieure	308033	308044
9	Supérieure	308055	308066
	Inférieure	308070	308081
10	Supérieure	308092	308103
	Inférieure	308114	308125
11	Supérieure	308136	308140
	Inférieure	308151	308162
12	Supérieure	306832	306843
	Inférieure	306854	306865
13	Supérieure	306876	306880
	Inférieure	306891	306902

PROTHESES TOTALES			
A partir de 50 ans et en cas de dérogation à la limite d'âge de 50 ans.			
Prothèse(s) totale(s)	Numéro(s) de code de la nomenclature (1)		
		Ambulant	Hospitalisé
	Supérieure	306913	306924
Inférieure	306935	306946	

Jusqu'au 15 <sup>e</sup> anniversaire, en cas de dérogation à la limite d'âge			
Prothèse(s) totale(s)	Numéro(s) de code de la nomenclature (1)		
		Ambulant	Hospitalisé
	Supérieure	378954	378965
Inférieure	378976	378980	

(1) entourer les mentions utiles

<u>Étapes (*)</u>	<u>Dates</u>
Empreintes préliminaires	.....
Empreintes secondaires	.....
Prise de l'occlusion	.....
Essai	.....
Placement	.....

(\*) - Les prothèses partielles ou totales doivent être réalisées en minimum 4 étapes au cours de 3 séances distinctes.

Jusqu'au 15 <sup>e</sup> anniversaire, en cas de dérogation à la limite d'âge			
Prothèse(s)	Numéro(s) de code de la nomenclature (1)		
Nombre de dents		Ambulant	Hospitalisé
-----	Supérieure	378954	378965
-----	Inférieure	378976	378980

**PRATICIEN**

Date : .....

Nom, prénom, adresse : .....

N° d'identification à l'INAMI : .....

(signature)