

Annexe 60

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE POUR TRAITEMENT ORTHODONTIQUE

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette:

BENEFICIAIRE: Nom et prénom:
Adresse:
Organisme assureur:
Numéro d'identification sécurité sociale:

A remplir par le praticien:

PATIENT(E): Nom et prénom:.....
Date de naissance:

IMPORTANT - les points 1 à 6 doivent obligatoirement être complétés

1. Il s'agit de:
 - DEMANDE D'INTERVENTION
(compétence du médecin-conseil ou du Conseil technique dentaire en dérogation à la limite d'âge)
 - DEMANDE DE CONTINUATION LORSQUE MOINS DE 36 PRESTATIONS 305616-305620 ONT ETE INITIALEMENT AUTORISEES
(compétence du médecin-conseil)
 - DEMANDE DE PROLONGATION LORSQUE 36 PRESTATIONS 305616-305620 ONT ETE AUTORISEES ET EFFECTUEES
(compétence du Conseil technique dentaire)
 - DEMANDE D'INDEMNISATION SUPPLÉMENTAIRE POUR NOUVEL APPAREILLAGE EN CAS DE FENTES LABIO-ALVÉOPALATINES
(compétence du Conseil technique dentaire)

2. En cas de CONTINUATION ou de PROLONGATION de traitement:
Traitement effectué du au..... Nombre de prestations 305616-305620 attestées:.....
Le traitement a-t-il été suivi régulièrement ? OUI/NON (*)
Au cas où le traitement a été interrompu, est-ce avec l'autorisation du praticien ? OUI/NON (*)
Période d'interruption: du au..... Motif de l'interruption:

3. DESCRIPTION détaillée de la DYSMORPHOSE INITIALE ou, en cas de continuation, de prolongation ou indemnisation supplémentaire pour nouvel appareillage, des RESULTATS OBTENUS et de l'ETAT ACTUEL DE LA DYSMORPHOSE:
.....
.....
.....
.....

4. PLAN DE TRAITEMENT:

5. DUREE DEMANDEE: NOMBRE DE PRESTATIONS 305616-305620:.....

6. Les dents définitives: ne sont pas cariées (*) / sont cariées (*) / ont été soignées (*)

PRATICIEN: Nom et prénom:
Adresse:
Numéro d'identification à l'I.N.A.M.I. (cachet):
Date:
Signature:

Décision du médecin-conseil:

Accord pour..... x le forfait mensuel 305616-305620 à partir du Refus:.....

Motivation en cas de refus ou de limitation des prestations demandées:
.....
.....
.....

Date: Transmission de la demande
Signature: au Conseil technique dentaire

Identification du médecin-conseil (cachet):

(*) Biffer les mentions inutiles.]