

ANNEXE A LA DEMANDE DE PROLONGATION

A remplir par l'organisme assureur et à ajouter à chaque demande de prolongation adressée au Conseil technique dentaire.

BENEFICIAIRE :	Nom et prénom :
	Adresse :
	Organisme assureur :
	Numéro d'inscription à l'organisme assureur :

Remboursement effectués :

Prestations 305616-305620 pour les périodes suivantes :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

Prestations 305852-305863

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

du au nombre :

Note à l'attention de l'O.A. :

A joindre :

- 1) copie de la demande initiale et de l'éventuelle demande de continuation ;
- 2) en cas d'interruption du traitement, une copie des pièces justificatives visées par le médecin-conseil.