

Annexe 58 (suite)

A remplir par l'organisme assureur

Date(s) de (s) prothèse(s) antérieurement remboursée(s)

1.

2.

Numéro de nomenclature

1.

2.

Date(s) de rebasage(s) antérieurement remboursé(s)

1.

2.

Numéro de nomenclature

1.

2.

Le délégué de l'organisme assureur :
(Signature)

Seau ou cachet de l'O.A.

Décision du Conseil technique dentaire

Motivation du refus