



Soins dentaires

Vos données	
Nom et prénom	
Adresse	
Numéro de registre national	
Adresse e-mail	

A compléter par le dentiste, orthodontiste, parodontologue ou stomatologue	
Nom du praticien	
Adresse	
Numéro INAMI	

Traitements pour lesquels aucune intervention n'est possible dans le cadre de l'assurance obligatoire:

- Prothèse dentaire Implants Couronnes Extraction
- Pivot Facing inlay et onlay

Le montant de l'intervention s'élève à _____ euros

Je, soussigné, déclare par la présente sur l'honneur qu'une prestation non remboursée par l'INAMI a été exécutée auprès du patient.

Date: ____ / ____ / _____

Signature et cachet: