

Formulaire harmonisé : paiement direct

PRESTATIONS DENTAIRES – DOCUMENT JUSTIFICATIF* POUR TRAITEMENT(S) EFFECTUÉ(S)

Document uniforme approuvé par la CNDM du 29/08/2024

Nom du prestataire:	
N° INAMI :	
N° BCE Institution perceptrice:	
Rue + n°:	
Code postal + localité:	

Numéro de suite unique
(Si d'application)

Nom + Prénom du patient:	
N° NISS ou date de naissance:	

Numéro de réponse / code-barres e-atteat
(Si d'application)

Le soussigné déclare que les traitements et prestations suivants ont été effectués :

Prestations remboursables par l'INAMI (+ tarifs maximaux liés)					
Date	(pseudo)code de nomenclature	Numéro de dent ou numéro de prothèse	Montant demandé au patient		Montant payé par le patient
			Tarif de la convention	Supplément	
Sous-total 1					

* Ce document est également valable comme information supplémentaire pour toutes les polices d'assurance complémentaire.

Prestations non remboursables par l'INAMI***

(Les soins-traitements fournis doivent être notés en détails ci-dessous)

Date	Pseudocode générique	Pseudocode ou code de nomenclature	Description	Numéro de dent ou de prothèse	Montant demandé au patient	Montant payé par le patient
1. Consultations						
2. Soins préventifs						
3. Extractions						
4. Parodontologie						
5. Soins conservateurs						

***Les pseudocodes, établis par le règlement du 11 décembre 2023 fixant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre vers les organismes assureurs par les praticiens de l'art dentaire, peuvent être mentionnés dans la rubrique des prestations non remboursables par l'INAMI.

****Le montant payé lors de la remise de ce document justificatif

6. Orthodontie

Date de placement du premier appareil dans le plan de traitement :/...../ 20.....

7. Prothèses

8. Implants Oraux

9. Radiologie

***Les pseudocodes, établis par le règlement du 11 décembre 2023 fixant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre vers les organismes assureurs par les praticiens de l'art dentaire, peuvent être mentionnés dans la rubrique des prestations non remboursables par l'INAMI.

****Le montant payé lors de la remise de ce document justificatif

10. Stomatologie						
11. Honoraires pour prestations techniques urgentes						
12. Couronnes et bridges						
13. Trauma						
14. Divers						

***Les pseudocodes, établis par le règlement du 11 décembre 2023 fixant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre vers les organismes assureurs par les praticiens de l'art dentaire, peuvent être mentionnés dans la rubrique des prestations non remboursables par l'INAMI.

***Le montant payé lors de la remise de ce document justificatif

15. Traitements de l'appareil masticatoire						
					Sous-total 2	

	Montant demandé au patient	Montant payé par le patient
Total des prestations remboursables par l'INAMI (Sous-total 1)		
Total des prestations non remboursables par l'INAMI (Sous-total2)		
Total demandé pour toutes les prestations (acompte inclus)		
Acompte déjà payé		
Total payé pour toutes les prestations****		

Date

Signature du prestataire de soin (si d'application)

***Les pseudocodes, établis par le règlement du 11 décembre 2023 fixant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre vers les organismes assureurs par les praticiens de l'art dentaire, peuvent être mentionnés dans la rubrique des prestations non remboursables par l'INAMI.

****Le montant payé lors de la remise de ce document justificatif