Formulaire harmonisé : paiement tiers-payant

prestations dentaires **– document justificatif** \* **pour traitement(s) effectué(s)**

Document uniforme approuvé par la CNDM du 29/28/2024

*Numéro de suite unique*

(Si d’application)

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Prestations remboursables par l’INAMI + tarifs maximaux y liés** |
| **Date** | **(pseudo)Code de nomenclature**  |  **Numéro de dent ou numéro de prothèse** | **Tarif de la convention (1)** | **Montant demandé au patient (2)** | **Montant payé par le patient (3)** | **Montant attesté à la mutualité (4)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Sous-total 1\*\*** |  |  |  |  |
| **Total facturé à l’O.A.** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Soins préventifs**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Extractions**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Parodontologie**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Soins conservateurs**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Orthodontie**
 |
| Date de placement du premier appareil dans le plan de traitement : ……../………./ 20…… |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Prothèses**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Implants oraux**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Radiologie**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Stomatologie**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Honoraires pour prestations techniques urgentes**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Couronnes et bridges**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Trauma**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Divers**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **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)**