*Annexe 57 au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l’article 22, 11° de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :*

**Annexe 57**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE EN CAS**  **DE DEROGATIONS AUX LIMITES D'AGE DE 50 ANS.** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| BENEFICIAIRE | | | Nom et prénom ……………………………………………………................................  Adresse………………………………………………………………………………..…..  Organisme assureur…………………………………………………………….………..  Numéro d’identification sécurité sociale……………………………………………….. | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| A remplir par le praticien: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| PATIENT | | | Nom, prénom : ……………………………………………………………………………  Date de naissance:………………………………………………………………………. | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| L'intéressé(e) répond aux conditions prévues  dans l'article 6, § 5 - 2.2 ou 2.4 (1) (2). | | | | | | L'intéressé(e) répond aux conditions prévues  dans l'article 6, § 5 - 2.3 ou 2.4 (1) (2). | | | |
| □ | 1) | Syndromes de malabsorption et maladies colorectales | | | | □ | 1) | Perte ou extraction de dents résultant de l'impossibilité pour le bénéficiaire d'acquérir ou de conserver une hygiène buccale correcte à cause d’un handicap persistant | |
| □ | 2) | Intervention(s) mutilante(s) du système digestif | | | |
| □ | 3) | Perte et/ou extraction de dents consécutive à une ostéomyélite, une ostéonécrose due aux biphosphonates, une radiothérapie (érosion des dents et/ou ostéo-radionécrose), une chimiothérapie anti-tumorale ou un traitement par agent immunosuppresseurs. | | | | □ | 2) | Perte ou extraction de dents à la suite d'une pathologie exceptionnelle irréfutablement démontrée ou du traitement lorsqu'il peut être raisonnablement admis que la perte ou l'extraction de dents n'a pas pu être évitée malgré une hygiène buccale correcte | |
| □ | 4) | Extractions de dents pour la prévention endocardite, pendant la mise au point préalable à une opération à coeur ouvert ou une transplantation d'organe, un traitement de chimiothérapie anti-tumorale, un traitement par agents immunosuppresseurs, une radiothérapie ou un traitement aux biphosphonates. | | | |
| □ | 5) | Agénésie congénitale d'au moins TROIS dents définitives, exceptés les dents de sagesse, ou malformations congénitales ou héréditaires sévères des maxillaires ou de dents | | | | □ | 3) | Extraction dentaire ayant lieu chez un bénéficiaire pour qui une opération à cœur ouvert, une transplantation d'organe ou un traitement par un agent ionisant ou immunodépresseur a été prévu mais n'a pas été exécuté | |
| □ | 6) | Perte de dent consécutive à un traumatisme dentaire chez un patient en traitement pour l'épilepsie, provoqué par une crise d'épilepsie. | | | |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | |
| (1) Cocher la demande et joindre obligatoirement les renseignements médicaux justificatifs. | | | | | | | | | |
| (2) Les conditions de l’article 6, § 5, 2.4 de la nomenclature sont uniquement applicables pour les patients n’ayant pas encore atteint l’âge de dix-neuf ans. De telles demandes doivent toujours être soumises à l’approbation du Conseil technique dentaire. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Indication de(s) prothèse(s) à placer/placée(s) | | | | | | | | | |
| PROTHESE(N) | | | | | NUMERO(S) DE CODE DE LA NOMENCLATURE | | | | |
| NOMBRE DE DENTS (\*) | | | |  | AMBULANT | | | | HOSPITALISE |
|  | | | | SUPERIEURE |  | | | |  |
|  | | | | INFERIEURE |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| PRATICIEN | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Nom, prénom, adresse ……………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Numéro d'identification à l'I.N.A.M.I: …………………………………… | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Nombre de documents ajoutés: ………………………………………… | | | | | | | | | |
| Date: ……………………………………………………………………..… (Signature) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

**Verso de l'annexe 57 (suite)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEMANDE DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 6, § 5, 2.2.** | | | | |
|  | | | | |
| Décision du médecin conseil | | | | |
|  | | | | |
| Je soussigné déclare - autoriser (1) - ne pas autoriser (1) l'intervention de l'assurance soins de santé pour prothèse(s) n°(s) de code de la nomenclature)  ……………………………………………………………………………………………….. | | | | |
|  | | | | |
| Motivation en cas de refus | | | | |
|  | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
|  | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
|  | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
|  | | | | |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
|  | | | | |
| Date …………………………………………………………….. | | | | Nom et signature: …………………………………………………… |
|  | | | |  |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Décision de l'organisme assureur | | | | |
|  | | | | |
| Compte tenu d'intervention(s) antérieure(s) éventuelle(s), le(s) montant(s) dû(s) par l'organisme assureur pour la/les prothèse(s) visée(s) ci-dessus est/sont actuellement fixé(s) à E  (mentionner les deux montants selon le cas).. | | | | |
|  | | | | |
| Date: …………………………………………………… | | | Signature du délégué et cachet de l'organisme assureur. | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **DEMANDE DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 6, § 5, 2.3 ou 2.4.** | | | | |
|  | | | | |
| Transmis par l'organisme assureur au Conseil technique dentaire le …………………………………………….. | | | | |
|  | | | | |
| Signature du délégué et cachet de l'organisme assureur. | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Décision du Conseil technique dentaire | | | | |
|  | | | | |
| Le Conseil technique déclare - autoriser (1) - ne pas autoriser (1) (2) l'intervention de l'assurance soins de santé pour prothèse(s) n°(s) de code de la nomenclature | | | | |
|  | | | | |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
|  | | | | |
| Date: ………………………………………….. | | Pour le Conseil technique dentaire | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Le Secrétaire | | | | |
|  | | | | |
| (1) | Biffer la mention inutile. | | | |
| (2) | Motivation en cas de refus en annexe.**]** | | | |

*Vu pour être annexé au règlement du 11 décembre 2023 modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l’article 22, 11° de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :*

*Le Fonctionnaire dirigeant, La Présidente,*

|  |  |
| --- | --- |
| *Mickael DAUBIE*  *Directeur général*  *du Service des soins de santé* | *Anne KIRSCH* |