[Annexe 60bis

Traitement orthodontique de première intention
Notification à l'attention du médecin-conseil pour l'obtention d'une intervention de l'assurance pour les prestations 305933-305944 et 305955-305966

Identification du bénéficiaire :

A compléter par le **bénéficiaire** ou **apposer une vignette** de la mutualité

Nom + Prénom : …….
Adresse bénéficiaire : ……
……
Mutualité : …….
Numéro d'identification de la Sécurité sociale (NISS) : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋-⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋-⌊_⌋⌊_⌋

Eléments à attester par le praticien de l'art dentaire :

Je soussigné(e) certifie qu'un traitement orthodontique de première intention est instauré chez ……., né le ……..Ce traitement vise à , soit : **

- ☐ Corriger les articulés croisés frontaux et latéraux
- ☐ Lever les verrouillages frontaux et/ou transversaux de l'occlusion
- ☐ Prévenir les traumatismes antérieurs par la correction de la position des incisives
- ☐ Corriger un manque de place pendant la phase de permutation dentaire

** cocher la(les) case(s) adéquate(s)

Engagement du praticien :

Je soussigné(e) m'engage à tenir à la disposition du médecin-conseil les éléments qui prouvent que le traitement du patient mentionné ci-dessus remplit bien toutes les conditions de la nomenclature des soins dentaires pour bénéficier de l'intervention de l'assurance obligatoire dans le cadre d'un traitement orthodontique de première intention.

Identification du praticien responsable du traitement (Nom, prénom, adresse, N° INAMI) :

Nom: : ……..
Prénom : ……
Adresse : ……
N° INAMI : ……

Cachet

Date

Ce document doit être délivré à l'organisme assureur en même temps que l'attestation de soins donnés sur laquelle la prestation 305933-305944 est mentionnée.**]**