

**DEMANDE d'intervention de l'assurance soins de santé dans le cadre d'un traitement orthodontique régulier**

**Case 1: Identification du bénéficiaire, du patient et du praticien.**

- **Bénéficiaire** (obligatoirement à remplir par le bénéficiaire ou apposer une vignette) :  
Nom et prénom : .....  
Adresse: .....  
Mutualité : .....  
N° d'identification sécurité sociale : .....
  
- **Patient** (obligatoirement à remplir par le praticien):  
Nom et prénom : .....  
Date de naissance :: ...../...../.....
  
- **Praticien** (obligatoirement à remplir par le praticien)  
Nom et prénom : .....  
Adresse du cabinet : .....  
Numéro INAMI : .....

**Case 2: Demande au Conseil technique dentaire.**

**Instruction:** A remplir par le praticien. Cocher ce qui est d'application.

- Demande de dérogation à la limite d'âge*
- Demande de prolongation de traitement quand 36 prestations 305616-305620 ont été effectuées*
- Demande de remboursement supplémentaire pour appareillage en cas de fentes alvéolo-palatines*

**Case 3: Détails concernant le diagnostic initial et le plan de traitement.**

**Instruction:** A remplir par le praticien pour toute demande au Conseil technique dentaire.

- 3.1. *Description détaillée du diagnostic initial:*  
.....  
.....  
.....
  
- 3.2. *Description détaillée du plan de traitement*  
.....  
.....  
.....
  
- 3.3. *Etat des dents*                                     sans carie                                     Soignées

**Case 4: Détails concernant les résultats obtenus et le plan traitement.**

**Instruction:** A remplir par le praticien pour des demandes de prolongation de traitement ou d'intervention supplémentaire pour appareillage.

- 4.1. *Description détaillée des résultats obtenus et de l'état actuel de la dyssmorphose :*  
.....  
.....  
.....

**4.2. Description détaillée du plan de traitement ultérieur:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Case 5 : Signature du praticien.**

Cachet

Date : ...../...../.....

Signature du praticien

**Case 6: Renseignements fournis par la mutualité.**

**Instruction:** Cette case est, selon le type de demande, à remplir par la mutualité/médecin conseil.

*Remboursements effectués :*

Prestation 305631-305642 ...../...../..... Prestation(s) 305675-305686 ...../...../..... ...../...../.....

Prestations 305616-305620 ou 305734-305745 sur les dates suivantes:

- |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1) ...../...../.....  | 2) ...../...../.....  | 3) ...../...../.....  | 4) ...../...../.....  | 5) ...../...../.....  | 6) ...../...../.....  |
| 7) ...../...../.....  | 8) ...../...../.....  | 9) ...../...../.....  | 10) ...../...../..... | 11) ...../...../..... | 12) ...../...../..... |
| 13) ...../...../..... | 14) ...../...../..... | 15) ...../...../..... | 16) ...../...../..... | 17) ...../...../..... | 18) ...../...../..... |
| 19) ...../...../..... | 20) ...../...../..... | 21) ...../...../..... | 22) ...../...../..... | 23) ...../...../..... | 24) ...../...../..... |
| 25) ...../...../..... | 26) ...../...../..... | 27) ...../...../..... | 28) ...../...../..... | 29) ...../...../..... | 30) ...../...../..... |
| 31) ...../...../..... | 32) ...../...../..... | 33) ...../...../..... | 34) ...../...../..... | 35) ...../...../..... | 36) ...../...../..... |
| 37) ...../...../..... | 38) ...../...../..... | 39) ...../...../..... | 40) ...../...../..... | 41) ...../...../..... | 42) ...../...../..... |
| 43) ...../...../..... | 44) ...../...../..... | 45) ...../...../..... | 46) ...../...../..... | 47) ...../...../..... | 48) ...../...../..... |
| 49) ...../...../..... | 50) ...../...../..... | 51) ...../...../..... | 52) ...../...../..... | 53) ...../...../..... | 54) ...../...../..... |
| 55) ...../...../..... | 56) ...../...../..... | 57) ...../...../..... | 58) ...../...../..... | 59) ...../...../..... | 60) ...../...../..... |
| 61) ...../...../..... | 62) ...../...../..... | 63) ...../...../..... | 64) ...../...../..... | 65) ...../...../..... | 66) ...../...../..... |
| 67) ...../...../..... | 68) ...../...../..... | 69) ...../...../..... | 70) ...../...../..... | 71) ...../...../..... | 72) ...../...../..... |

Prestation (s) 305653-305664:

...../...../..... ...../...../..... ...../...../..... ...../...../..... ...../...../.....

Date de la transmission au Conseil technique dentaire, le ...../...../.....

Visa/Cachet

Date: ...../...../.....

Signature du médecin conseil

**Case 7: Décision du Conseil technique dentaire.**

- Refus
- Refus
- Refus
- Accord pour un traitement orthodontique régulier (en dérogation à la limite d'âge)
- Accord pour ..... x prestations 305734-305745 à partir du ...../...../.....
- Accord pour une prestation 305675-305686 supplémentaire

Motivation du refus.

.....  
.....  
..... ]