

## [Annexe 62ter

### FORMULAIRE POUR NOTIFICATION, OU RENOUELEMENT DE NOTIFICATION DES DONNEES CONCERNANT LE CONEBEAM CT DENTAIRE (dCBCT), article 6, § 17bis.

Chaque Conebeam CT dentaire qui est présent dans l'établissement et qui est utilisé pour l'attestation des prestations figurant dans l'article 6, §17bis de la nomenclature des prestations de santé, doit être enregistré à l'INAMI au moyen du présent formulaire. Le présent formulaire doit être établi par appareil et transmis pour enregistrement.

Toute modification apportée à l'une des données ci-dessous doit être signalée à l'INAMI comme un renouvellement d'enregistrement.

Les données enregistrées peuvent être confrontées aux données disponibles auprès de l'AFCN. En cas de constatation de non-conformité à la réglementation-RGPRI, l'intervention pour les prestations figurant dans l'article 6, §17bis de la nomenclature des prestations de santé est supprimée

Indiquer par une croix s'il s'agit d'une notification ou d'un renouvellement de notification :

- Notification  
 Renouvellement de notification (en cas de changement des données communiquées préalablement)

#### 1. Déclaration concernant le Conebeam CT dentaire.

Je, soussigné(e) ..... en qualité de ..... (Numéro national .....) déclare qu'un appareil Conebeam CT dentaire a été mis en service à l'adresse d'exploitation ci-dessous.

Marque / type d'appareil : .....

Numéro de série de l'appareil à rayons :

Numéro d'enregistrement AFCN de l'appareil à rayons (1): .....

Localisation de l'appareil (adresse) : .....

L'appareil et le local satisfont aux critères en matière de contrôle physique (art. 23 RGPRI) et les critères d'acceptabilité (radiophysique médicale) (art. 51.6.5. RGPRI) :

#### 2. Données d'identification du Conebeam CT dentaire.

Référence de l'autorisation de création et d'exploitation AFCN (art. 5.1 RGPRI) : .....

#### 3. Dispensateur de soins - utilisateur utilisant le Conebeam CT dentaire dans l'établissement:

Nom + prénom: .....

Numéro INAMI: .....

Nom + prénom: .....

Numéro INAMI: .....

Nom + prénom: .....

Numéro INAMI: .....

Les dispensateurs de soins doivent disposer d'une autorisation d'utilisation individuelle Conebeam CT dentaire.

Veuillez renvoyer le présent formulaire par **recommandé** à l'adresse suivante :

INAMI  
Service Soins de Santé  
A l'attention du Fonctionnaire dirigeant  
Avenue de Tervueren, 211  
1150 BRUXELLES

**EXPLOITANT**

Nom, prénom .....  
(Signature)

Date, .....

1 A communiquer dès que les numéros d'enregistrement sont attribués.]