



**Prestations non remboursables par l'INAMI**  
(Les soins-traitements fournis doivent être notés en détails ci-dessous)

Date	Code de nomenclature ou libellé	Numéro de dent ou numéro de prothèse	Montant demandé au patient	Montant payé par le patient
<b>1 Soins préventifs :</b>				
<b>2 Soins curatifs :</b>				
<b>3 Parodontologie :</b>				
	Premier examen parodontal			
	Traitement non chirurgical de dents et implants			
	Contrôle de l'hygiène bucco-dentaire			
	Réévaluation avec statut parodontal			
	Chirurgie parodontale			
	Suivi parodontal			
	Conseil et prévention de l'hygiène bucco-dentaire			
	DPSI			
<b>4 Radiologie :</b>				

\* Ce document est également valable comme information supplémentaire pour toutes les polices d'assurance complémentaire.

\*\*L'ensemble des mentions prévues par l'article 53, §1er/2, alinéa 4, premier tiret, loi SSI peut être obtenu en prenant en compte le montant positif résultant de l'opération (3)-(1).


**5 Prothèses dentaires et implants dentaires :**

**Prothèses amovibles**

	Prothèse en résine synthétique			
	Prothèse squelettique			
	Prothèse clipsée			
	Ancrages / piliers /attachements			
	Réparation			
	Remplacement de la base			
	Adjonction			

**Prothèses fixes**

	Couronne / Couronne sur tenons			
	Couronne sur implants			
	Bridge			
	Inlay/ Onlay			
	Pilier			
	Facette			
	Couronne provisoire			
	Implants			

**6 Orthodontie :**

Date de placement du premier appareil dans le plan de traitement : ...../...../ 20.....

