

**ATTESTATION DE SOINS DENTAIRES DONNES
S152 F**

1. RUBRIQUE RÉSERVÉE A L'ASSURÉ

N° police individuelle

N° police groupe N° de matricule

Compte du bénéficiaire

2. RUBRIQUE RÉSERVÉE AU DISPENSATEUR DES SOINS

Nom et prénom du patient : _____

2.1. PRESTATIONS AUTRES QUE PROTHESES FIXES *

Date prestation	Code INAMI prestation ou description prestation	N° dent ou N° prothèse	Honoraires payés

2.2. PRESTATIONS DE PROTHESE FIXE *

Date prestation	Description prestation(s)	N° dent(s)	Honoraires payés
	Faux moignon		
	Couronne		
	Bridge - Dents piliers		}
	Bridge - Elément(s) intermédiaire(s)		
	Implant		
	Inlay / Onlay		
	Autres (Décrivez s.v.p.)		

soit la somme TOTALE de €

* LES FRAIS DE PROTHESE FONT SUITE AU DEVIS DU _____ / _____ / 20
 Conformément aux conditions d'assurance, aucun remboursement de ces frais n'est envisageable sans accord préalable de l'assureur sur base d'un devis détaillé.

Je, soussigné, certifie avoir effectué les actes attestés dans le présent document et avoir perçu les honoraires y afférents

**Date, signature, nom et cachet du dispensateur des soins
(INCL. N° DE TELEPHONE)**
