

Garantie Collective Soins de Santé

Attestation du dentiste pour les frais dentaires

1.
Collaborateur DBB

I
N° SAP

I
Nom et prénom

I
Adresse

I
Date de naissance

I
Localité

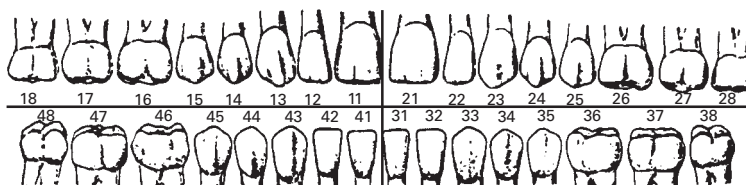
_____ - _____ - _____
Compte à vue

2.
A compléter par le
dentiste

I
Nom et prénom du patient

I
Date de naissance

Soins dentaires à effectuer	N° code INAMI	Honoraires demandés
● Radiographies : - intrabuccales , nombre : - panoramiques : - autres (à désigner) : ● Obturation et / ou dévitalisation des dents à soigner : les indiquer clairement sur le graphique ci-contre et reprendre la numérotation de chaque dent à soigner - obturation : 1 face : 2 faces : + de 2 faces : - dévitalisation : dent monoradiculaire : dent pluriradiculaire : ● Petite chirurgie : - extraction de : - autre intervention : ● Traitement parodontaire : - type de traitement : - nombre de dents : ● Prothèse fixe (indiquer leur numéro) : Couronne sur : Jacket crown sur : Dent à pivot sur : Bridge : ● couronne sur : ● inlay sur : ● dents intermédiaires sur : Date de placement de la prothèse précédente : ● Prothèse mobile (indiquer leur numéro) : Dentier supérieur : ● dents à remplacer : ● crochet (ou attachements) sur : Dentier inférieur : ● dents à remplacer : ● crochet (ou attachements) sur : - Réparations : - Prothèses provisoires :		



Observations éventuelles :

A compléter par le membre du personnel **assuré principal** :
je soussigné atteste sur l'honneur que les prestations reprises sur le présent relevé concernent exclusivement :
M. :
Date : Signature :

J'atteste que les soins repris sur le présent relevé ont été prodigués à M. :
et ont été effectués comme suit :

● date début de traitement :
● date fin de traitement :
Cachet et signature du dentiste :

En vue d'une gestion rapide du dossier sinistre, et uniquement à cet effet, je donne par la présente mon consentement spécial quant au traitement des données médicales me concernant (article 7 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée).