

ATTESTATION DE SOINS DENTAIRES DONNES
S152 F

1. RUBRIQUE RÉSERVÉE A L'ASSURÉ

N° police individuelle

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° police groupe

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de matricule

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail _____

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
	Implant		
	Abutment		
	Faux moignon		
	Couronne solitaire		
	Bridge - dents piliers		}
	- élément(s) intermédiaire(s)		
	Inlay / Onlay		
	<u>Autres</u> (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.

Les données à caractère personnel sont traitées par DKV Belgium S.A., dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, Rue de Lozum 25, conformément à la loi belge relative aux traitements de données à caractère personnel et au règlement général 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

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)
