

**NOTE D'HONORAIRES DENTAIRES**

A envoyer à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM)  
avec un formulaire de demande de remboursement

**Renseignements OBLIGATOIRES à remplir par l'affilié(e):**

Nom et prénom de l'affilié(e) : ..... N° pers. /pension:.....  
Institution et Lieu d'affectation:.....Adresse de bureau:.....Tél.:.....  
Adresse privée pour les pensionné(e)s:.....  
Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:.....(Pour les agents temporaires/agents contractuels)

**Note d'honoraires pour:**

Affilié(e) principal(e)  conjoint ou partenaire reconnu  enfant  personne assimilée à enfant à charge.

Nom, Prénom : ..... Date de naissance: .....

Plan des travaux réalisés	A remplir par le praticien traitant	Honoraires	Codes RCAM	
<p><b>SCHÉMA OBLIGATOIRE</b></p> <p style="text-align: center;">G</p> <p style="text-align: center;">21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">H    I    J    K    L    M    N    O    P    Q    R    S    T    U    V    W    X    Y    Z</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">D</p> <p style="text-align: center;">18 - 17 - 16 - 15 - 14 - 13 - 12 - 11</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">48 - 47 - 46 - 45 - 44 - 43 - 42 - 41</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">B</p>	<p><b>SOINS ET TRAITEMENTS PREVENTIFS</b> (indiquer obligatoirement les N° des dents)</p> <p>Consultation.....</p> <p>Radiographie endobuccale.....</p> <p>Radiographie panoramique ou téléradiographie.....</p> <p>Application de Fluor.....</p> <p>Scellement des puits et fissures.....</p> <p>Détartrage.....</p> <p>Obturation coronaire.....</p> <p>Reconstitution, faux moignon (avec vis ou tenon), inlays et facettes en résine.....</p> <p>Dévitallisation et obturation radiculaire.....</p> <p>Extraction normale, incision d'abcès, esquillectomie.....</p> <p>Extraction chirurgicale, dent incluse, apectomie, amputation radiculaire, frénectomie.....</p> <p>Anesthésie locale ou régionale.....</p> <p>Divers (à préciser) .....</p>		<p>310</p>	
	<p><b>PARODONTIE</b> (plan de traitement et zones ; joindre note explicative) .....</p> <p><b>OCCLUSODONTIE</b> (plan de traitement ; joindre note explicative) .....</p> <p>Gouttière occlusale (gouttière de bleaching exclue) .....</p>		<p>313</p> <p>315</p> <p>315</p>	
		<p><b>PROTHESES</b> (indiquer obligatoirement les numéros des dents)</p> <p><b>PROTHESES CONJOINTES</b> (schéma et radiographies nécessaires) :</p> <p>Inlay or ou céramique, faux moignon coulé.....</p> <p>Couronne coulée, coiffe télescopique, couronne ou élément céramo-métallique, facette céramique.....</p> <p>Attachement (Barre Dolder : par pilier) .....</p> <p>Couronne ou pontique provisoire.....</p> <p>Dépose ou repose d'éléments fixes (*), par élément.....</p> <p>Réparation de couronnes ou d'éléments de bridge (*), par élément.....</p>		<p>320</p> <p>321</p> <p>322</p> <p>323</p> <p>324</p> <p>325</p>
		<p><b>PROTHESES AMOVIBLES</b> (schéma nécessaire) :</p> <p>Plaque base résine.....</p> <p>Dent ou crochet sur base résine.....</p> <p>Prothèse complète supérieure ou inférieure.....</p> <p>Plaque base résine provisoire.....</p> <p>Dent ou crochet provisoire sur base résine.....</p> <p>Plaque métallique coulée (crochets compris) .....</p> <p>Dent sur plaque métallique coulée (jusqu'à 10 maximum) .....</p> <p>Réparation d'une base résine, adjonction (remplacement) d'une dent ou d'un crochet sur base résine ou métallique.....</p> <p>Rebasage (partiel ou complet / plaque résine ou métallique) .....</p>		<p>330</p> <p>331</p> <p>332</p> <p>333</p> <p>334</p> <p>335</p> <p>336</p> <p>337</p> <p>338</p>
	Avis du dentiste conseil de l'UE	<p><b>IMPLANTOLOGIE</b> (schéma et radiographies nécessaires) :</p> <p>Etude préalable.....</p> <p>Grefte d'os autogène d'origine extra-buccale.....</p> <p>Matériel posé : implant, abutment, os synthétique, membrane et le matériel stérile jetable.....</p> <p>Anesthésies locales.....</p> <p>Acte chirurgical.....</p> <p>Recherche et mise à nu de la tête de l'implant.....</p> <p>Divers (à préciser) .....</p> <p>(* ) à l'exception des couronnes et éléments provisoires</p> <p>(**) Codes à remplir par le dentiste conseil du RCAM: 341 - 342 - 343 - 344 / 351 - 352 - 353 - 354</p>		<p>.....(**)</p> <p>350</p> <p>.....(**)</p> <p>.....(**)</p> <p>.....(**)</p> <p>.....(**)</p> <p>.....(**)</p>
	Cachet du praticien traitant avec n° tél. et pays svp (obligatoire)	<p>Total des honoraires: .....</p> <p style="text-align: right;">(préciser la devise et le pays)</p> <p>Je certifie avoir effectué du ..... au ..... les soins et/ou prothèses indiqués ci-dessus et en avoir reçu les honoraires correspondants</p> <p>Signature: .....</p>		