Annexe 58

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE POUR :

(1) ☐ Renouvellement anticipé en cas de modification anatomique sévère d'une prothèse amovible partielle ou - amovible totale qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.

(1) ☐ Troisième remplacement de la base et remplacements suivants de la base éventuels, en cas de modification anatomique sévère pendant la période de sept ans suivant la date de placement d'une prothèse amovible partielle ou - amovible totale qui a donné lieu à l'intervention de l'assurance obligatoire pour soins de santé.

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette :

BENEFICIAIRE : Nom et prénom .....
Adresse .....
Organisme assureur .....
N° d'inscription à l'organisme assureur .....

A remplir par le praticien :

1. PATIENT : Nom, prénom .....
Date de naissance .....

2. RENOUVELLEMENT ANTICIPE D'UNE PROTHESE DE ..... dent(s)

3. REBASAGE EFFECTUE SUR UNE PROTHESE DE ..... dent(s)

4. NATURE DE L'AFFECTION OU DES LESIONS : (description précise et détaillée)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. - Date du placement de la prothèse : .....
- Date du rebasage de la prothèse : .....

Praticien Date : .....
Nom, prénom, adresse .....
Numéro d'identification .....
(Signature)

Remarque : S'il n'est pas donné une réponse complète à toutes les rubriques concernées, ou si le formulaire n'a pas été rempli lisiblement, le dossier sera renvoyé à l'organisme assureur faute de renseignements suffisants ou en raison du manque de clarté.

(1) Cocher la demande.