

Annexe 61

ANNEXE A LA DEMANDE DE PROLONGATION

A remplir par l'organisme assureur et à ajouter à chaque demande de prolongation adressée au Conseil technique dentaire.

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

Remboursement effectués :

Prestations 305616-305620 pour les périodes suivantes :

- du ..... au ..... nombre : .....

Prestations 305852-305863

- du ..... au ..... nombre : .....

Note à l'attention de l'O.A. :

A joindre :

- 1) copie de la demande initiale et de l'éventuelle demande de continuation ;
- 2) en cas d'interruption du traitement, une copie des pièces justificatives visées par le médecin-conseil.

Vu pour être annexé au règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.