

[R - Règl. 20-11-06 – M.B. 10-1-07 – art. 3; R – Règl. 2-2-09 – M.B. 26-3, éd. 1 – art. 2 – Erratum M.B. 23-4 – éd. 1 ; R – Règl. 18-7-11 – M.B. 15-09 – art. 4; R – Règl. 22-2-16 – M.B. 4-4 – art. 1] (°)

[Annexe 58

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE SOINS DE SANTE EN CAS DE RENOUELEMENT ANTICIPE D'UNE PROTHESE OU DE REMPLACEMENT EXCEPTIONNEL DE BASE

- (1) Renouvellement anticipé d'une prothèse qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé.
 (1) Remplacement exceptionnel de la base

L'intéressé(e) répond aux conditions prévues dans l'article 6, § 5 – 3.A.3 ou 3.C.2 (1)	
<input type="checkbox"/>	Croissance de l'enfant
<input type="checkbox"/>	Modification anatomique sévère consécutive à un traumatisme, une tumeur maxillo-faciale et des affections comparables en gravité au niveau des structures porteuses.
<input type="checkbox"/>	Perte de dents consécutive à une ostéomyélite, une ostéonécrose due aux biphosphonates, une radiothérapie (érosion des dents et/ou ostéo-radionécrose, une chimiothérapie anti-tumorale ou un traitement par agent immunosuppresseurs (2)
<input type="checkbox"/>	Extractions de dents nécessaire pour la prévention d'endocardite, pendant la mise au point préalable à une opération à coeur ouvert ou une transplantation d'organe, un traitement de chimiothérapie anti-tumorale, un traitement par agents immunosuppresseurs, une radiothérapie ou un traitement aux biphosphonates (2)
<input type="checkbox"/>	Perte ou extraction de dents résultant de l'impossibilité pour le bénéficiaire d'acquérir ou de conserver une hygiène buccale correcte à cause d'un handicap persistant (2)
<input type="checkbox"/>	Perte ou extraction de dents à la suite d'une pathologie exceptionnelle irréfutablement démontrée ou de son traitement lorsqu'il peut être raisonnablement admis que la perte ou l'extraction de dents n'a pas pu être évitée malgré une hygiène buccale correcte (2)
<input type="checkbox"/>	Extraction dentaire ayant lieu chez un bénéficiaire pour qui une opération à coeur ouvert, une transplantation d'organe ou un traitement par un agent ionisant ou immunodépresseur a été prévu mais n'a pas été exécuté (2)

- (1) Cocher la demande et joindre obligatoirement les renseignements médicaux justificatifs. Pour le critère prévention d'endocardite, la nécessité d'extraction(s) dentaire(s) pour la prévention d'endocardite devra être clarifiée par un cardiologue ou un chirurgien cardiaque
 (2) Ces conditions peuvent être prises en compte pour autant que la pathologie qui est à la base de la perte de dents se manifeste après le placement de la prothèse antérieure. La demande doit comporter les éléments qui démontrent la pathologie.

A remplir par le bénéficiaire ou apposer la vignette:

BENEFICIAIRE: Nom et prénom.....
 Adresse.....
 Organisme assureur.....
 Numéro d'identification sécurité sociale.....

A remplir par le praticien:

1. PATIENT: Nom, prénom.....
 Date de naissance.....
 2. RENOUELEMENT ANTICIPE D'UNE PROTHESE..... (numéro de nomenclature)
 3. REMPLACEMENT DE LA BASE EFFECTUE SUR UNE PROTHESE..... (numéro de nomenclature)
 4. NATURE DE L'AFFECTION OU DES LESIONS: (description précise et détaillée)

.....

5. - Date du placement de la prothèse:.....
 - Date du remplacement de la base 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.

(°) d'application à partir du 1-6-2016

Annexe 58 (suite)

A remplir par l'organisme assureur

Date(s) de(s) prothèse(s) antérieurement remboursée(s)	Numéro de nomenclature
1.	1.
2.	2.

Date(s) de(s) remplacement(s) antérieurement remboursé(s)	Numéro de nomenclature
1.	1.
2.	2.

Le délégué de l'organisme assureur :
(Signature)

Seau ou cachet de l'O.A.

Décision du Conseil technique dentaire

Motivation du refus]