Solidas assurances DKV

## ATTESTATION DE SOINS DENTAIRES DONNES
## S152 F

### 1. RUBRIQUE RÉSERVÉE A L'ASSURÉ

☐ **N° police individuelle**

☐ **N° police groupe** **N° de matricule**

**N° IBAN :** - - -

**Code BIC :**

### 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 | | } |
| | - elément(s) intermédiaire(s) | | |
| | Inlay / Onlay | | |
| | Autres (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.

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)**

Aperçu général, seules les conditions générales, tarifaires d'assurance et les conditions particulières de la police sont d'application. Les Conditions Générales et Tarifaires d'Assurance en vigueur peuvent être consultées sur www.dkv.be.

66153_FR_5_201610