

Service prothèse dentaire :

Attestation du prestataire

Document à nous retourner préalablement **rempli par le prestataire**

Je, soussigné(e), déclare avoir procédé au placement d'une prothèse dentaire en faveur de :

Nom - Prénom :

Adresse :

N° affiliation :

Montant payé par le (la) patient(e) : €

Date : / /

Signature et cachet du prestataire,

Veillez entourer le(s) code(s) nomenclature(s) correspondant de l'A0 (obligatoire)

Type de prothèse	Codes nomenclatures	
	Supérieure	Inférieure
Prothèse 1 à 5 dents		
Prothèse 1 dent	307731	307753
Prothèse 2 dents	307775	307790
Prothèse 3 dents	307812	307834
Prothèse 4 dents	307856	307871
Prothèse 5 dents	307893	307915
Prothèse 6 à 7 dents		
Prothèse 6 dents	307930	307952
Prothèse 7 dents	307974	307996
Prothèse 8 à 9 dents		
Prothèse 8 dents	308011	308033
Prothèse 9 dents	308055	308070

Type de prothèse	Codes nomenclatures	
	Supérieure	Inférieure
Prothèse 10 à 11 dents		
Prothèse 10 dents	308092	308114
Prothèse 11 dents	308136	308151
Prothèse 12 à 13 dents		
Prothèse 12 dents	306832	306854
Prothèse 13 dents	306876	306891
Prothèse Totale		
Prothèse Totale	306913	306935