

DEMANDE D'INTERVENTION

Soins effectués en Belgique, France, Grand-Duché de Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas.

www.dentaliplus.be

Merci de joindre l'attestation de soins donnés ou une note d'honoraires si ces soins ne sont pas remboursables par l'AMI.

A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE

Identité du patient : _____

Type de soins	Type de prestations	N° de dent / quadrant (Q1,Q2,Q3, Q4)	Date de prestation			Code INAMI (uniquement pour la Belgique)	Sous-montant par type de prestations
			jour	mois	année		
Soins préventifs - 8981011 examen bucco-dentaire, index DPSI, détartrage, nettoyage prophylactique, scellement, consultation (301011, 301033, 301055, 301070, 301092, 301114, 371011, 371033, 371055, 371070, 371092, 371114, 102012 et 102535 (par stomato), 101054)							
						SOUS-TOTAL :	
Soins curatifs - 8981022 extraction dentaire, soins dentaires conservateurs, radiologie buccale, petite chirurgie, buccale (art. 14L codes suivis de '+') et suppléments pour prestations techniques urgentes.							
						SOUS-TOTAL :	
Parodontologie - 8981033 excepté index DPSI							
						SOUS-TOTAL :	
Prothèses et implants - 8981044 y compris travaux sur prothèse (+ code INAMI de la prothèse)	<input type="checkbox"/> bridge <input type="checkbox"/> couronne <input type="checkbox"/> implants <input type="checkbox"/> facettes <input type="checkbox"/> inlay/onlay <input type="checkbox"/> autres: <input type="checkbox"/> complètes <input type="checkbox"/> partielles <input type="checkbox"/> squelettique <input type="checkbox"/> amovible sur implants <input type="checkbox"/> autres:						
						SOUS-TOTAL :	
Prothèses fixes							
						SOUS-TOTAL :	
Prothèses amovibles							
						SOUS-TOTAL :	
Orthodontie - 8981055 Si paiement étalé de l'appareil orthodontique, date de pose de l'appareil : / / 20..... (voir point 5 du verso)							
						SOUS-TOTAL :	

Date et signature du prestataire :
Les signataires attestent la véracité du contenu.

Cachet du prestataire :

A REMPLIR PAR L'ASSURE

Nom, prénom :

En cas d'accident, veuillez indiquer s'il s'agit d'un accident:

de la vie privée
 du travail
 sportif
 date

Y-a-t-il intervention d'un autre organisme assureur? oui non

Si oui, lequel: _____

Si vous souhaitez que l'intervention soit versée sur un autre compte bancaire que celui qui nous est connu, merci de le communiquer ci-dessous.

Compte financier - code IBAN:

Numéro de registre national

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ou

Apposer ici une vignette de la mutualité

Par la présente et afin de faciliter mon remboursement, j'autorise la SMA "MLOZ Insurance" à demander à ma mutualité le détail de la facture remboursée en assurance obligatoire

Certifié sincère et véridique,
Signature

Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, les données que vous nous transmettez feront l'objet d'un traitement automatisé de la SMA "MLOZ Insurance", (n° d'entreprise 422.189.629, route de Lennik 788A à 1070 Bruxelles) en vue du traitement correct de votre dossier et à des fins de marketing. Sauf opposition de votre part en cochant cette case, vous donnez l'autorisation à la SMA de transmettre vos données administratives à nos partenaires. Si vous le souhaitez, vous pouvez consulter vos données auprès du responsable du traitement de la SMA, les faire rectifier ou supprimer, en application de la loi sur la protection de la vie privée du 8 décembre 1992.



Partenamut (N° Entreprise 411.815.280), agent d'assurances (n° OCM 5003c - av. de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles) pour "MLOZ Insurance", la SMA des Mutualités Libres (pour les branches 2 et 18), route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles, RPM Bruxelles, (422.189.629, n° OCM 750/01)

Instructions à l'attention des assurés Dentalia Plus

Merci de veiller à :

- emporter un formulaire «Demande d'intervention Dentalia Plus» à chaque consultation chez votre dentiste.
- demander à votre dentiste de remplir le formulaire «Demande d'intervention Dentalia Plus» à chaque visite, lorsqu'une attestation de soins ou une note d'honoraires vous est remise.
- compléter et signer la partie «A remplir par l'assuré».

L'attestation de soins donnés OU la note d'honoraires éventuelle doit être jointe à cette Demande d'intervention.

Instructions à l'attention des prestataires

1. Merci de remettre au patient le formulaire «Demande d'intervention Dentalia Plus» dès que vous établissez une Attestation de soins donnés (ASD), ou plus généralement à chaque fois que vous percevez des honoraires lors de traitements terminés.
2. Il est important de ventiler vos honoraires selon 5 sous-totaux, le traitement des remboursements étant différencié selon le type de soins.
3. Il n'est pas nécessaire de détailler le type de prestations dès qu'il s'agit de soins attestés, le code INAMI étant suffisamment explicite. Par contre, il est indispensable que vous ventiez le total de vos honoraires dans les 5 sous-totaux.
Si le formulaire est accompagné d'une ASD, il n'est pas nécessaire de recopier sur le présent formulaire les dates, les codes INAMI, les n° de dents figurant sur l'ASD. Il suffit d'indiquer «voir ASD n°xxxx du xx/xx/20xx». Seuls le ou les montant(s) de sous-totaux doivent impérativement être renseignés sur le formulaire.
4. Dans le cas de soins hors INAMI, il est nécessaire de détailler les soins prodigués SOIT sur le formulaire Dentalia Plus, SOIT sur votre note d'honoraires annexée.
5. En cas de paiement étalé de l'appareil orthodontique, merci de préciser la date de pose de celui-ci. Merci aussi de ventiler les montants entre le forfait pour l'appareillage et les autres prestations d'orthodontie.

Pour rappel :

- Les soins purement esthétiques comme les traitements de blanchiment ou les facettes multiples ne sont pas pris en charge par Dentalia Plus.
- Seuls les soins accessibles aux praticiens de l'Art dentaire sont pris en considération. Voir à ce propos les Conditions générales sur www.dentaliaplus.be