

Demande d'intervention Denta Plus

Veillez fournir ce document à votre mutualité, conjointement avec l'attestation de soins donnés, ou la facture détaillée ou la note d'honoraires s'il s'agit de prestations non remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Les champs obligatoires sont marqués d'une (*).

A compléter par le prestataire

Identité du patient (*): _____

Numéro de registre national (*): _____

Type de soins	Type de prestations	No. de dent/ quadrant	Date de la prestation (jj/mm/aaaa)	Numéro de nomenclature (uniquement pour la Belgique)	Coût
Soins préventifs Examen buccal, index DPSI, détartrage, nettoyage prophylactique, scellement, consultation					
	Sous-total :				
Soins curatifs Extraction dentaire, soins dentaires conservateurs, radio, petite chirurgie (Nomenclature art. 14I, codes suivis par *), suppléments pour urgence					
	Sous-total :				
Parodontologie Excepté index DPSI					
	Sous-total :				
Traitements prothétiques Y compris travaux sur prothèse (+ code INAMI de la prothèse) <u>Eléments fixes :</u> <u>Eléments amovibles :</u>	<input type="radio"/> bridge <input type="radio"/> couronne <input type="radio"/> implant <input type="radio"/> facettes <input type="radio"/> inlay/onlay <input type="radio"/> autres : _____ <input type="radio"/> prothèse complète <input type="radio"/> prothèse partielle <input type="radio"/> prothèse squelettique <input type="radio"/> prothèse amovible sur implants <input type="radio"/> autres : _____				
		Sous-total :			
Orthodontie Si l'appareil orthodontique est payé de manière fractionnée, veuillez mentionner la date de placement de l'appareil: / /					
	Sous-total :				
Montant total à payer :					

(*) Complété et certifié sincère et véridique, le / / par le dr. _____
Signature :

A compléter par l'assuré ou son représentant légal

Complétez ou collez une vignette bleue

Numéro de registre national (*): _____

Nom + prénom (*): _____

Rue + numéro (*): _____

Code postal + commune (*): _____

Téléphone : _____

GSM : _____

E-mail: _____

Si vous désirez recevoir le paiement sur un compte différent du compte connu par la mutualité, merci de remplir ici les données du nouveau compte. Le nouveau compte communiqué sera utilisé à l'avenir pour toutes les interventions HOPITAL-PLUS. Il est impossible d'effectuer uniquement un remboursement sur un compte différent.

IBAN:

BIC:

(* Les soins dentaires sont la suite d'un accident ? OUI NON

Si oui, de quelle sorte d'accident s'agit-il ? _____

domestique de la route sport travail école autres : _____

(* Y-a-t-il une intervention d'une autre assurance ? OUI NON

Quelle assurance ? _____

En signant ce formulaire, vous certifiez la véracité de son contenu. En signant ce formulaire, vous autorisez la SMA Hôpital Plus à demander à votre mutualité le relevé de la facture détaillée, remboursé par l'assurance maladie obligatoire, afin de faciliter le remboursement.

(* Signature de l'assuré :

Guide pratique pour ce formulaire :

Pour l'assuré :

- Emportez un formulaire 'Demande d'intervention' lors de chaque visite à votre dentiste.
- Demandez à votre dentiste, dentiste-spécialiste ou stomatologue de compléter la partie 'A compléter par le prestataire'.
- Complétez vous-même la partie 'A compléter par l'assuré ou son représentant légal' et signez la.
- N'oubliez pas d'ajouter l'attestation de soins donnés à ce formulaire. Si vous n'avez pas reçu un tel document parce que les soins dentaires reçus ne sont pas remboursables par l'assurance maladie obligatoire, ajoutez la facture détaillée ou la note d'honoraires.

Pour le prestataire :

- Complétez la partie 'A compléter par le prestataire' de ce formulaire chaque fois que vous encaissez des honoraires pour des traitements finis.
- Si vous administrez différents types de soins, veuillez subdiviser le montant total de vos honoraires en sous-totaux dans les champs prévus. Le calcul de l'intervention est fait différent selon les différents types de soins.
- Quand il s'agit de prestations remboursables par l'INAMI, il n'est pas nécessaire de les décrire méticuleusement. Le numéro de nomenclature suffira. Néanmoins n'oubliez pas de subdiviser vos honoraires en sous-totaux.
- Si ce formulaire est accompagné d'une attestation de soins donnés, vous ne devez pas remplir les dates, les numéros de nomenclature ou les numéros de dents. Une simple référence à l'attestation de soins donnés (no. de l'attestation + date) suffira. Néanmoins n'oubliez pas de remplir les sous-totaux et le montant total de vos honoraires dans le formulaire 'Demande d'intervention'.
- Quand vous administrez des soins dentaires non remboursables par l'INAMI, vous devez les décrire de façon détaillée. Vous pouvez faire cela dans le formulaire 'demande d'intervention' ou dans votre note d'honoraires. Dans ce dernier cas, vous référez à la note d'honoraires dans le formulaire 'Demande d'intervention'. Néanmoins n'oubliez pas de remplir les sous-totaux et le montant total de vos honoraires dans le formulaire 'Demande d'intervention'.
- Pour un appareil orthodontique payé de manière fractionnée, vous mentionnez lors de chaque consultation la date de placement de cet appareil.

Denta Plus ne prévoit aucune intervention pour des traitements purement esthétiques comme le blanchiment des dents ou le placement de facettes. Seulement les soins dentaires administrés par un prestataire reconnu peuvent être remboursés. Vous trouverez les conditions générales de Denta Plus sur www.ml.be