

Demande d'intervention Dentalia Plus

Prestations dentaires - document justificatif pour traitement(s) effectué(s)



Vous pouvez charger cette formulaire à www.partena-mutualite.be/remboursement-soins-dentaires

Nous aurons besoin des attestations originales, accompagnées de cette formulaire.

Remettez ce formulaire et preuve de dépenses à votre agence locale ou envoyez-le à La Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1, 9000 Gent

Nom du prestataire _____
N° INAMI _____
N° BCE Institution perceptrice _____
Adresse _____

Nom et prénom du patient _____
Numéro de client _____

Apposez ici une vignette de la mutualité

Le soussigné déclare que les traitements et prestations suivants ont été effectués

Prestations remboursables par l'INAMI + tarifs maximaux y liés

Date	(pseudo)code de nomenclature	Numéro de dent ou numéro de prothèse	Tarif de la convention	Montant demandé au patient	Montant payé par le patient
SOUS-TOTAL 1					

Prestations non-remboursables par l'INAMI (Les soins-traitements fournis doivent être notés en détail ci-dessous)

Date	(pseudo)code de nomenclature	Numéro de dent ou numéro de prothèse	Montant demandé au patient	Montant payé par le patient
1. Soins préventifs				
2. Soins curatifs				
3. Paradontologie				
	Premier examen parodontal			
	Traitement non-chirurgical de dents et implants			
	Contrôle de l'hygiène bucco-dentaire			
	Réévaluation avec statut parodontal			
	Chirurgie parodontale			
	Suivi parodontal			
	Conseil et prévention de l'hygiène bucco-dentaire			
	DPSI			



GT03511D0000000513763900

Date	(pseudo)code de nomenclature	Tarif de la convention	Montant demandé au patient	Montant payé par le patient
4. Radiologie				
5. Prothèses dentaires et implants dentaires				
Prothèses amovibles				
	Prothèse en résine synthétique			
	Prothèse squelettique			
	Prothèse clipsée			
	Ancrages / piliers / attachements			
	Réparation			
	Remplacement de la base			
	Adjonction			
Prothèses fixes				
	Couronne / Couronne sur tenons			
	Couronne sur implants			
	Bridge			
	Inlay / Onlay			
	Pilier			
	Facette			
	Couronne provisoire			
	Implants			
6. Orthodontie				
Date de placement du premier appareil dans le plan de traitement : / / 20.....				
	Avis			
	Examen et diagnostique			
	Plan de traitement			
	Appareil de base			
	Appareil supplémentaire			
	Appareil de contention			
	Contrôle actif			
	Contrôle de contention			
	Autre			
7. Autre				
	SOUS-TOTAL 2			

	Montant demandé au patient	Montant payé par le patient
Total des prestations remboursables par l'INAMI (Sous-total 1)		
Total des prestations non-remboursables par l'INAMI (Sous-total 2)		
Total demandé pour toutes les prestations		////////////////////////////////////
Acompte déjà payé	////////////////////////////////////	
Total payé pour toutes les prestations ¹	////////////////////////////////////	

¹ Le montant payé lors de la remise de ce document justificatif

Date : / /

Signature du prestataire (si d'application)