

DEMANDE D'INTERVENTION DENTALIA PLUS



Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale
ou envoyez-le à : **Mutualité Libre Partena, Sluisweg 2 b 1, 9000 Gent**
Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

A emporter à chaque visite chez le dentiste! Soins dentaires effectués en Belgique, France, Grand-Duché de Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas. Merci de joindre l'attestation de soins donnés ou une note d'honoraires si ces soins ne sont pas remboursables par la mutualité (AMI).

A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE DE SOINS	
Nom patient :	Apposez ici une vignette de la mutualité
Prénom patient :	
Date de naissance patient :	

Type de soins	Type de prestation	N° de dent ou de quadrant	Date de prestation			Code INAMI (uniquement pour la Belgique)	Montant par prestation
			jj	mm	aaaa		
Soins préventifs - 8981011 <small>Examen bucco-dentaire, index DPSI, détartrage, nettoyage prophylactique, scellement, consultation (301011, 301033, 301055, 301070, 301114, 371011, 371033, 371055, 371070, 371114, 102012 et 102535 (par stomato), 101054)</small>							
							Sous-total :
Soins curatifs - 8981022 <small>Extraction dentaire, soins dentaires conservateurs, radiologie buccale, petite chirurgie buccale (art. 14L codes suivis de '+') et suppléments pour prestations techniques urgentes</small>							
							Sous-total :
Parodontologie - 8981033 <small>excepté index DPSI</small>							
							Sous-total :
Prothèses et implants - 8981044 <small>y compris travaux sur prothèse (+ code INAMI de la prothèse)</small>	Prothèses fixes						
	Prothèses amovibles						
							Sous-total :
Orthodontie - 8981055 <small>Si paiement étalé de l'appareil orthodontique. Date de pose de l'appareil :/...../20..... (voir point 5 du verso)</small>							
							Sous-total :
MONTANT TOTAL :							

Certifié sincère	
le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Signature du prestataire :	Cachet du prestataire

A COMPLETER PAR L'ASSURE	
Nom et prénom :	
En cas d'accident, la date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> type d'accident: <input type="checkbox"/> de la vie privée <input type="checkbox"/> du travail <input type="checkbox"/> sportif	
Avez-vous reçu une intervention d'une autre assurance ?	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – Laquelle : <input type="checkbox"/> Assurance accidents de travail <input type="checkbox"/> Assurance privée ou collective <small>(Veuillez ajouter en annexe le décompte détaillé) (autre qu'Hospitalia)</small>	
J'autorise que l'intervention soit versée sur un autre compte bancaire que celui qui est connu dans mon dossier :	
Compte financier IBAN : <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"/> <input type="text"/>	BIC : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Au nom de :	

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.

Fait à le



Signature :

GT03511D0000000381523900

Instructions à l'attention des assurés

Merci de veiller à :

- emporter une « Demande d'intervention Dentalia Plus » à chaque consultation chez votre dentiste.
- demander à votre dentiste de remplir le formulaire 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 ». N'oubliez pas votre vignette!

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

Instructions à l'attention des prestataires de soins

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 Dentalia Plus 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. Il suffit d'indiquer "voir ASD n° xxxx du xx/xx/20xx". **Seuls le ou les montant(s) de sous-totaux par catégorie 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 la demande d'intervention, 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.