

# DEMANDE D'INTERVENTION

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



Adressez le document dûment complété à la **Mutualité Partena, Sluisweg 2 b 1, 9000 Gent**.  
Joignez-y l'attestation de soins donnés.  
Si vous avez reçu une facture parce que les soins reçus ne sont pas remboursés par la mutualité, vous pouvez nous envoyer la demande d'intervention accompagnée de la facture par e-mail à : [hospitalia@partena-mutualite.be](mailto:hospitalia@partena-mutualite.be).

Nom et prénom du patient : .....

N° de registre national : .....

Apposez ici une vignette de la mutualité

## A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE

Type de soins	Type de prestations	N° de dent/qua-drant (Q1, Q2, Q3, Q4)	Date prestation			Code INAMI <small>ATTENTION : facture obligatoire si pas code INAMI</small>	Sous-montant par type de prestations
			jour	mois	année		
<b>Soins préventifs - 8981011</b> <small>examen bucco-dentaire, index DPSI, détartrage, nettoyage prophylactique, scellement, consultation, consultation stomatologie</small>							
						<b>SOUS-TOTAL :</b>	
<b>Soins curatifs - 8981022</b> <small>extraction dentaire, soins dentaires conservateurs, radiologie buccale, petite chirurgie, buccale (art. 14L codes suivis de '+') et suppléments pour prestations techniques urgentes.</small>							
						<b>SOUS-TOTAL :</b>	
<b>Parodontologie - 8981033</b> <small>excepté index DPSI</small>							
						<b>SOUS-TOTAL :</b>	
<b>Prothèses et implants - 8981044</b> <small>y compris travaux sur prothèse (+ code INAMI de la prothèse)</small> Prothèses fixes  Prothèses amovibles	<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"/> amovibles sur implants <input type="checkbox"/> autres : .....						
						<b>SOUS-TOTAL :</b>	
<b>Orthodontie - 8981055</b> <small>Si paiement étalé de l'appareil orthodontique, date de pose de l'appareil : ..... / ..... / 20..... (voir point 5 du verso)</small>							
						<b>SOUS-TOTAL :</b>	

Date et signature du prestataire :

Les signataires attestent la véracité du contenu.

Cachet du prestataire

Je déclare être au courant que toute fausse déclaration de ma part m'exposera aux sanctions telles que décrites dans les statuts de la SMA (exclusion) ainsi qu'à des sanctions pénales. Je suis conscient(e) que toute fausse déclaration constitue un faux en écriture, une tentative d'escroquerie et escroquerie pénalement punissable. J'accepte que la SMA MLOZ Insurance prenne directement contact avec ma mutualité ou l'Union Nationale des Mutualités Libres (MLOZ) en vue d'optimiser mes remboursements sur la base des données qu'elles ont reçues dans le cadre de l'assurance obligatoire et complémentaire.

Certifié sincère et véritable,

Date et signature obligatoire de l'assuré :



\*GT03511D0000000422701800\*

## A REMPLIR PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE

Nom, prénom de l'assuré : .....

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

de la vie privée  du travail  sportif  scolaire date : 

--	--	--	--	--	--	--	--

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

Si oui, lequel : .....

J'autorise, en tant que preneur d'assurance, que l'intervention soit versée sur un autre compte bancaire que celui qui est mentionné dans mon dossier.

Compte financier - code IBAN : .....

Au nom de : .....

**Signature du preneur d'assurance :**

## 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.

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

Les pièces justificatives peuvent être transmises par voie digitale, à l'exception des attestations de soins donnés (ASD qui doivent être originales). Dans ce cas, la copie digitale doit être de bonne qualité (lisible) et conforme à l'original (aucune modification manuscrite ou retouche). Nous nous réservons le droit de vous réclamer l'original.

## 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 sur une 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 :

- Il y a un **stage d'attente général** de 6 mois (ou 12 mois pour le remboursement des prothèses, implants et des prestations d'orthodontie). Si vous aviez une assurance similaire, votre stage pourra éventuellement être raccourci ou supprimé.
- 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**

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (RGPD), vos données seront traitées par la SMA MLOZ Insurance, qui agit en tant que responsable de traitement et par votre mutualité, en tant qu'agent et sous-traitant de cette dernière, pour la gestion de vos contrats d'assurance. Notre politique en matière de vie privée (« Disclaimer ») est disponible via le lien suivant : <https://www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance> ou sur demande par courrier.

MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (OZ - Partenamut - Freie Krankenkasse - Partena Ziekenfonds). Agréée sous le code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales de mutualités - Av. de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles.  
Siège social: route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles - Belgique (RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629.