Dentalia Plus | Dentalia Up | Hospitalia Ambulatoire

DEMANDE D'INTERVENTION

PRESTATIONS DENTAIRES
DOCUMENT JUSTIFICATIF* POUR TRAITEMENT(S) EFFECTUÉ(S)

Nom du prestataire	
N° INAMI	
N° BCE Institution perceptrice	
Rue + n°	
Code postal + localité	

Nom et prénom du patient	
Date de naissance	

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	Montant demandé au patient		Montant payé par le patient
			Tarif de la convention	Supplément	
		SOUS-TOTAL 1			

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

Date	Pseudocode générique	Pseudocode ou code de nomenclature	Description	Numéro de dent ou prothèse	Montant demandé au patient	Montant payé par le patient
1. Consultations						
2. Soins préventifs						
3. Extractions						

* Ce document est également valable comme information supplémentaire pour toutes les polices d'assurance complémentaire.
***Les pseudocodes, établis par le règlement du 11 décembre 2023 fixant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre vers les organismes assureurs par les praticiens de l'art dentaire, peuvent être mentionnés dans la rubrique des prestations non remboursables par l'INAMI.
****Le montant payé lors de la remise de ce document justificatif

4. Parodontologie						
5. Soins conservateurs						
6. Orthodontie						
Date de placement du premier appareil dans le plan de traitement : ...../...../ 20.....						
7. Prothèses						
8. Implants Oraux						
9. Radiologie						
10. Stomatologie						
11. Honoraires pour prestations techniques urgentes						

***Les pseudocodes, établis par le règlement du 11 décembre 2023 fixant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre vers les organismes assureurs par les praticiens de l'art dentaire, peuvent être mentionnés dans la rubrique des prestations non remboursables par l'INAMI.
****Le montant payé lors de la remise de ce document justificatif

12. Couronnes et bridges						
13. Trauma						
14. Divers						
15. Traitements de l'appareil masticatoire						
				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 inclus)		
Acompte déjà payé		
Total payé pour toutes les prestations****		

Date :

Signature du prestataire (si d'application)

***Les pseudocodes, établis par le règlement du 11 décembre 2023 fixant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre vers les organismes assureurs par les praticiens de l'art dentaire, peuvent être mentionnés dans la rubrique des prestations non remboursables par l'INAMI.
****Le montant payé lors de la remise de ce document justificatif

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 (Partenamut - Freie Krankenkasse - Helan Onafhankelijk 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. Siège social : route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles - Belgique (RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629.