



Solidaris Brabant Assurances/DENTIMUT Plus

N° affiliation:

Concerne :

N.I.S.S. :

DEMANDE D'INTERVENTION DENTIMUT PLUS

Lisez l'information figurant au verso

A compléter par le prestataire

Identité du patient : Nom : Prénom :

Type de soins	Date prestation	Code INAMI (si prévu)	Montant de la prestation	Numéro de dent/ quadrant	Genre de prestation
Préventifs 999235	...../...../ 20...	.....	..... ..... ..... .....		Examen buco-dentaire, Examen parodontal, Nettoyage prophylactique, Détartrage, Scellement de fissure et de puits, Consultation: 301011, 301092, 301114, 371011, 371092, 371114, 101054, 102012, 102535 (par stomatologue)
			Sous-total :		
Parodontologie (excepté index DPSI) 999250	...../...../ 20...	.....	..... ..... .....
			Sous-total :		
Orthodontie 999261	...../...../ 20...	.....	..... ..... .....
Si paiement étalé de l'appareil orthodontique : date de placement de l'appareil :/...../ 20... VOIR NOTE AU VERSO			Sous-total :		
Curatifs 999246	...../...../ 20...	.....	..... ..... ..... .....		Consultation, extraction dentaire, radiographies, petite chirurgie buccale, soins conservateurs
			Sous-total :		
Prothèses et implants dentaires	...../...../ 20...	.....	..... ..... .....		Prothèse fixe amovible <input type="checkbox"/> Implant 999305 <input type="checkbox"/> Totale 999272 <input type="checkbox"/> Bridge 999316 <input type="checkbox"/> Partielle 999283 <input type="checkbox"/> Couronne 999320 <input type="checkbox"/> Réparation-rebasage 999294 Autre :
			Sous-total :		
			Total :		

Cachet du prestataire et n° inami : Le signataire atteste la véracité des informations mentionnées dans cette déclaration.	Date et signature du prestataire : Le
--	---

A compléter par le preneur d'assurance :

La personne assurée bénéficie-t-elle d'une autre assurance ou couverture des soins dentaires ?
 non oui Dénomination du contrat ou du régime d'assurance :

L'intervention de l'assurance doit-elle être versée sur un compte financier différent du compte renseigné auprès de la Mutuelle ?
 non oui Numéro compte financier : ____ / ____ / ____ / ____

Je certifie ma déclaration sincère et exacte.

Fait à, le/...../..... Signature :

Comment introduire une demande d'intervention de l'assurance ?

- Faites compléter ce formulaire par le prestataire de soins
- Joignez-y un **document justificatif**. Sont acceptés les documents **originaux** suivants :

Pour les soins avec intervention de la Mutuelle	La quittance délivrée par la Mutuelle mentionnant le montant des honoraires payés ou la copie de l'attestation de soins donnés avec le talon « reçu » complété.
Pour les soins sans intervention de la Mutuelle	Une facture détaillée ou une note d'honoraires établie par le prestataire de soins, et contenant les mentions suivantes : <ul style="list-style-type: none">- la date des soins,- la description des soins,- le montant des honoraires.

- Envoyez le tout à Solidaris Brabant Assurances, rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles, soit par poste, soit en déposant les documents (contre récépissé) dans une agence de Solidaris Brabant.

Information complémentaire concernant les traitements d'orthodontie

Lors de l'introduction de la première demande d'intervention, doit être joint le plan de traitement reprenant :

- la description du traitement
- la date de placement prévue pour chaque dispositif,
- les montants prévus séparés par dispositif et par visite de contrôle.

De plus, pour chaque demande d'intervention, le formulaire doit contenir les indications suivantes :

- la date de placement de l'appareil,
- le détail entre le montant de l'honoraire pour la ou les visites de contrôle, et le montant qui correspond à un paiement de l'appareil.

L'intervention dans le coût de l'appareil sera calculée en fonction du plafond disponible à la date de début du traitement.

La Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant traite vos données dans le respect de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (loi-cadre) et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel, lequel vous donne le droit de consulter vos données, de les compléter, de vous opposer au traitement, d'en demander la rectification, la limitation ou la suppression.

Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de vos données peut être obtenu auprès du DPO, Rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles – dataprotection.bra@solidaris.be. Les plaintes peuvent être adressées à l'adresse mail ci-dessus ou à l'Autorité de protection des données Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles – Tél. : 02 274 48 00 – <https://www.autoriteprotectiondonnees.be>.

11/2018