



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...		 Sous-total :		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)
Parodontologie (excepté index DPSI) 999250	/...../ 20...		 Sous-total :		
Orthodontie 999261	/...../ 20...		 Sous-total :		
Date de placement du premier appareil :/...../20... En cas de première demande : veuillez également nous fournir un plan de traitement. VOIR NOTE AU VERSO					
Curatifs 999246	/...../ 20...		 Sous-total :		Consultation, extraction dentaire, radiographies, petite chirurgie buccale, soins conservateurs
Prothèses et implants dentaires	/...../ 20...		 Sous-total :		Prothèse fixe amovible ☐ Implant 999305 ☐ Bridge 999316 ☐ Couronne 999320 Autre : Prothèse ☐ Totale 999272 ☐ Partielle 999283 ☐ Réparation-rebasage 999294
			Total :		

Cachet du prestataire et n° inami :
Date et signature du prestataire :

Le signataire atteste la véracité des informations mentionnées dans cette déclaration.

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
- Faites-nous parvenir le formulaire harmonisé délivré par votre dentiste.
- Annexez un plan de traitement (en cas d'orthodontie)
- 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>.