Date de réception :

Hôpital Plus

SMA Hôpital Plus, société mutualiste d'assurances,
numéro d'agrément entreprise d'assurances 450/01
Siège social: Rue de Livourne 25 – 1050 Bruxelles
Numéro BCE: 0471.459.194

Demande d'intervention Denta Plus

Veuillez fournir ce document à votre mutualité, conjointement avec l'attestation de soins donnés, ou la facture détaillée ou la note d'honoraires s'il s'agit de prestations non remboursables par l'assurance maladie obligatoire. Les champs obligatoires sont marqués d'une (*).

À compléter par l'assuré ou son représentant légal

Complétez ou collez une vignette bleue

Numéro de registre national (*): _____
Nom + prénom (*): _____
Rue + numéro (*): _____
Code postal + commune (*): _____

Téléphone : _____
GSM : _____
E-mail: _____

Si vous désirez recevoir le paiement sur un compte différent du compte connu par la mutualité, merci de remplir ici les données du nouveau compte. Le nouveau compte communiqué sera utilisé à l'avenir pour toutes les interventions HOPITAL-PLUS. Il est impossible d'effectuer uniquement un remboursement sur un compte différent.

IBAN: .... - .... - .... - ....
BIC: ....

(*) Les soins dentaires sont la suite d'un accident ? ❍ OUI ❍ NON
Si oui, de quelle sorte d'accident s'agit-il ? _____
❍ domestique ❍ de la route ❍ sport ❍ travail ❍ école ❍ autres : _____

(*) Y-a-t-il une intervention d'une autre assurance ? ❍ OUI ❍ NON
Quelle assurance ? _____

En signant ce formulaire, vous certifiez la véracité de son contenu.

Concerne uniquement les personnes qui n'ont pas donné leur consentement au moment de leur affiliation ou celles qui ne savent pas si elles ont déjà donné leur consentement :

En cochant la case ci-dessous, vous consentez au traitement de vos données à caractère personnel. Vos droits sont décrits dans la politique en matière de vie privée figurant dans la fiche d'information de l'entreprise que vous pouvez consulter sur notre site web.

❍ **J'autorise la SMA Hôpital Plus à traiter les données relatives à ma santé en vue et dans le cadre de l'exécution et la gestion de mon contrat d'assurance.**
J'autorise la SMA Hôpital Plus à demander, au besoin, à ma mutualité des renseignements sur les remboursements ayant eu lieu dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire, en vue d'un traitement correct de mon sinistre.

(*) Signature de l'assuré :

À compléter par le prestataire si aucun document justificatif pour traitement(s) effectué(s) n'est délivré

Identité du patient (*): _____

Numéro de registre national (*): _____

Type de soins	Type de prestations	No. de dent/ quadrant	Date de la prestation (jj/mm/aaaa)	Numéro de nomenclature (uniquement pour la Belgique)	Coût
Soins préventifs Examen buccal, index DPSI, détartrage, nettoyage profylactique, scellement, consultation					
				Sous-total :	
Soins curatifs Extraction dentaire, soins dentaires conservateurs, radio, petite chirurgie (Nomenclature art. 14l, codes suivis par '+'), suppléments pour urgence					
				Sous-total :	
Parodontologie Excepté index DPSI					
				Sous-total :	
Traitements prothétiques Y compris travaux sur prothèse (+ code INAMI de la prothèse) <u>Eléments fixes :</u> <u>Eléments amovibles :</u>	❍ bridge ❍ couronne ❍ implant ❍ facettes ❍ inlay/onlay ❍ autres : _____ ❍ prothèse complète ❍ prothèse partielle ❍ prothèse squelettique ❍ prothèse amovible sur implants ❍ autres : _____				
				Sous-total :	
Orthodontie Si l'appareil orthodontique est payé de manière fractionnée, veuillez mentionner la date de placement de l'appareil: .... / .... /					
				Sous-total :	
				Montant total à payer :	

(*) Complété et certifié sincère et véritable, le .... / .... / .... par le dr. _____

Signature :