# Demande d'intervention soins dentaires

## Prestations dentaires - document justificatif pour traitement(s) effectué(s)

helan
Mutualité libre

**Comment demander ce remboursement ?**

**Grâce à Mon Helan, votre mutualité en ligne ou à l'appli de Helan Mutualité libre :** prenez une photo ou un scan du formulaire complété et demandez votre remboursement de manière numérique.

Attention : pour les notes médicales sur papier, vous devez nous fournir l'original accompagné de ce formulaire.

**Par courrier** adressé à Helan Mutualité libre, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.

Nom du prestataire .....

N° INAMI .....

N° BCE Institution perceptrice .....

Adresse .....

.....

Nom et prénom du patient .....

Numéro de client .....

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

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

| Date | (pseudo)code de nomenclature | Numéro de dent ou numéro de prothèse | Montant demandé au patient | Montant payé par le patient |
|---|---|---|---|---|
| **1. Soins préventifs** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **2. Soins curatifs** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **3. Paradontologie** | | | | |
| | Premier examen parodontal | | | |
| | Traitement non-chirurgical de dents et implants | | | |
| | Contrôle de l'hygiène bucco-dentaire | | | |
| | Réévaluation avec statut parodontal | | | |
| | Chirurgie parodontale | | | |
| | Suivi parodontal | | | |
| | Conseil et prévention de l'hygiène bucco-dentaire | | | |
| | DPSI | | | |
| | | | | |

| Date | (pseudo)code de nomenclature | Numéro de dent ou numéro de prothèse | Montant demandé au patient | Montant payé par le patient |
|---|---|---|---|---|
| **4. Radiologie** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **5. Prothèses dentaires et implants dentaires** | | | | |
| Prothèses amovibles | | | | |
| | Prothèse en résine synthétique | | | |
| | Prothèse squelettique | | | |
| | Prothèse clipsée | | | |
| | Ancrages / piliers / attachements | | | |
| | Réparation | | | |
| | Remplacement de la base | | | |
| | Adjonction | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Prothèses fixes | | | | |
| | Couronne / Couronne sur tenons | | | |
| | Couronne sur implants | | | |
| | Bridge | | | |
| | Inlay / Onlay | | | |
| | Pilier | | | |
| | Facette | | | |
| | Couronne provisoire | | | |
| | Implants | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **6. Orthodontie** | | | | |
| Date de placement du premier appareil dans le plan de traitement : ..... / ..... / 20…… | | | | |
| | Avis | | | |
| | Examen et diagnostique | | | |
| | Plan de traitement | | | |
| | Appareil de base | | | |
| | Appareil supplémentaire | | | |
| | Appareil de contention | | | |
| | Controle actif | | | |
| | Controle de contention | | | |
| | Autre | | | |
| **7. Autre** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | 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 déjà payé | //////////////////////////////////// | |
| Total payé pour toutes les prestations[1] | //////////////////////////////////// | |

[1] Le montant payé lors de la remise de ce document justificatif

Date : ..... / ..... / .....

Signature du prestataire (si d'application)

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 Mutualité libre). 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.