

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 | | | |
| | Contrôle actif | | | |
| | Contrôle 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)