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.