

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE OPTIO DENTIS

A envoyer accompagnée des pièces justificatives (quittances de remboursement, factures, notes d'honoraires,...)
Besoin d'aide ? Contactez-nous au 0800/231 00 ou par mail à assurances@solidaris.be

A. Renseignements généraux de la personne soignée

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / _____

Compte bancaire obligatoire^[1] : **B** **E** _____ / _____ / _____ / _____

Téléphone : __ / _____ . __ . __ ou GSM : **0** **4** _____ / _____ . _____

E-mail : _____ @ _____



B. Accident

En cas d'accident : Scolaire Vie privée Sportif Travail

Date de l'accident : __ / __ / _____

Description de l'accident et des lésions provoquées :

C. Signature

- En cochant cette case, je donne l'autorisation à :
- Solidaris Assurances de traiter mes données de santé* et, le cas échéant, à communiquer ces dernières au dentiste-référent de Solidaris Assurances et/ou à ma mutualité, en sa qualité d'intermédiaire d'assurances aux fins de la gestion de mon dossier. Ce consentement porte sur cette demande d'indemnisation, mais est également valable pour toutes les demandes d'indemnisations futures pour vos produits d'assurances actuels ou à venir.
 - Ma mutualité, en sa qualité d'intermédiaire d'assurances, de transmettre à Solidaris Assurances toutes les informations qui lui seraient nécessaires pour le traitement de mon dossier d'indemnisation.

* conformément à l'article 9 du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016

Les informations échangées entre Solidaris Assurances et votre mutualité sont reprises dans la politique de Solidaris Assurances en matière de protection des données qui est disponible sur notre site www.solidaris-assurances.be/ViePrivee.htm »

Les informations à caractère personnel qui sont demandées par Solidaris Assurances seront utilisées pour la gestion du dossier (loi du 06.08.1990 relative aux mutualités) et stockées dans ses fichiers à cette fin.

Date : __ / __ / _____

Signature :

Informations complémentaires

Si cette demande est complétée par une personne qui n'est pas celle mentionnée au point A

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. : __ / _____ . __ . __ GSM : **0** **4** _____ / _____ . _____

Mail : _____ @ _____

[1] Sans mention de votre numéro de compte, l'indemnisation sera versée sur un compte précédemment communiqué au service.

D. Prestations effectuées (à compléter par le prestataire)

Prestations remboursées par l'AO*					
Type de prestations	Prestations (rayer ou entourer)	Date	Code INAMI	Dents/ Quadrants concernés	Honoraires demandés par prestation
Consultations et soins préventifs	Non couverts par Optio Dentis				
Soins curatifs	Extraction – Soin conservateur – Prestation technique urgente – Radiologie – Petite chirurgie buccale – Complément pour suture				
Orthodontie	Forfait pour appareillage en début de traitement				
Parodontologie	Détermination de l'index parodontal – Détartrage sous-gingival – Examen buccal parodontal				
Prothèse	Prothèse amovible : <input type="checkbox"/> Résine <input type="checkbox"/> Squelettique				

Prestations NON remboursées par l'AO* (catégorie d'âge exclue par l'AO)*					
Type de prestations	Prestations	Date	Code INAMI correspondant	Dents/ Quadrants concernés	Honoraires demandés par prestation
Soins curatifs	Extraction				
	Extraction par dent supplémentaire (même quadrant et séance)				
	Suture de plaie après extraction ou ablation, par dent				
	Suture par dent complémentaire, dans le même quadrant				
Orthodontie	Appareillage				
Prothèses	Prothèse amovible : <input type="checkbox"/> Résine <input type="checkbox"/> Squelettique				
	Réparation de prothèse				
	Adjonction d'une dent à une prothèse				
	Adjonction d'une dent à une prothèse : Par dent supplémentaire				
	Remplacement de la base d'une prothèse <input type="checkbox"/> L376 <input type="checkbox"/> L412 <input type="checkbox"/> L526 <input type="checkbox"/> L600				
Parodontologie	Examen parodontal (catégorie d'âge exclue par l'AO)				
	Détartrage sous-gingival (catégorie d'âge exclue par l'AO)				

Prestations NON remboursées par l'AO*					
Type de prestations	Prestations (rayer ou entourer)	Date	Matériau et type de métal si nécessaire	Dents/ Quadrants concernés	Honoraires demandés par prestation
Orthodontie	Appareil de contention (en fin de traitement)				
Soins curatifs	Extraction d'une incisive de lait (avant le 5 ^{ème} anniversaire)				
Prothèses	Implant				
	Prothèse fixe : couronne - bridge - inlay/onlay				
	Prothèse fixe provisoire				
	Prothèse fixe : autre :				
Parodontologie	Chirurgie, greffe, comblement				
Endodontie	Traitement sous microscope				

*AO : assurance obligatoire

En signant ce document, le prestataire certifie que les informations mentionnées au point D sont sincères et véritables et peuvent être utilisées pour une demande d'indemnisation auprès de Solidaris Assurances. En cas de contestation, le prestataire s'engage à fournir au patient une facture en bonne et due forme.

Cachet du prestataire

Date : / /

Signature :