

OPTIO DENTIS – DEVIS DENTAIRE

Les soins dentaires sont souvent coûteux, c'est la raison pour laquelle Solidaris Assurances vous offre la possibilité de connaître le montant qui sera pris en charge par votre assurance avant de commencer votre traitement.

Pour cela, rien de plus simple... Faites compléter le verso de ce document par votre dentiste et adressez-le au dentiste référent de Solidaris-Assurances – rue Saint-Jean, 32-38 - 1000 Bruxelles ou rue Douffet, 36 – 4020 Liège ou place de la Mutualité, 1 - 6870 Saint-Hubert.

A. Renseignements généraux de la personne soignée

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Vignette de la personne concernée

Numéro de téléphone ou de GSM auquel notre conseiller en assurances peut vous joindre pendant les heures de bureau :

_____/_____/_____ Jour de préférence : _____ Matin Après-midi

Adresse e-mail à laquelle votre conseiller en assurances peut vous joindre :

_____ @ _____**B. Accident**Les soins sont-ils la suite d'un accident ? Non Oui Date : _____ / _____ / _____

Lieu : _____

Si oui :

1.Type d'accident : Scolaire Vie privée Sportif Circulation
 Travail Chemin du travail Autre à préciser : _____
_____**2.Description de l'accident et des lésions provoquées :** _____
_____

En cas d'accident, veuillez joindre une attestation médicale décrivant les lésions accompagnée d'une radiographie des dents concernées.

C. Signature

Je certifie mes déclarations exactes et sincères et m'engage à tout mettre en œuvre pour fournir à Solidaris Assurances toute information relative à mon dossier, dans les plus brefs délais.

En cochant cette case, je donne l'autorisation à Solidaris Assurances de traiter les données de santé conformément à l'article 9 du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016 et, le cas échéant, à communiquer ces dernières au dentiste-référent de Solidaris Assurances, de même qu'à ma mutualité, en sa qualité d'intermédiaire d'assurances aux fins de la gestion de mon dossier.
La politique de Solidaris Assurances en matière de protection des données est disponible sur notre site www.solidaris-assurances.be/ViePrivee.htm

J'autorise également le praticien de l'art dentaire à fournir à Solidaris Assurances toutes les données médicales nécessaires au traitement de mon dossier.

Date : _____ / _____ / _____

Signature : _____

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. Société mutualiste Solidaris Assurances, entreprise d'assurance agréée sous le numéro 350/02
N° d'entreprise : 838 585 487 Siège social : Rue Saint-Jean, 32-38, 1000 Bruxelles – Site internet : www.solidaris-assurances.be

Veillez faire compléter le verso par votre dentiste

D. Instructions pour le dentiste

Vous pouvez soit compléter ce document, soit remettre au patient votre propre document . Merci toutefois de veiller à remettre un document bien lisible et de détailler suffisamment comme précisé ci-dessous.

Veillez entourer les numéros des dents concernés :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Soins curatifs					
Extractions – Soins conservateurs – Prestations techniques urgentes – Radiologie – Petite chirurgie buccale – Compléments pour suture	Code INAMI	Numéros des dents	Honoraires	Date estimée	
				Mois	Année

Prothèse amovible							
	Code INAMI	Numéros des dents si partielle	Honoraires	Date estimée		Date prothèse précédente	
				Mois	Année	Mois	Année
<input type="checkbox"/> Supérieure	<input type="checkbox"/> Complète						
	<input type="checkbox"/> Partielle						
	<input type="checkbox"/> Squelettique						
	<input type="checkbox"/> Résine						
<input type="checkbox"/> Inférieure	<input type="checkbox"/> Complète						
	<input type="checkbox"/> Partielle						
	<input type="checkbox"/> Squelettique						
	<input type="checkbox"/> Résine						

Prestation sur prothèse					
	Code INAMI	Numéros des dents si adjonction	Honoraires	Date estimée	
				Mois	Année
<input type="checkbox"/> Réparation					
<input type="checkbox"/> Remplacement de la base					
<input type="checkbox"/> Adjonctions					

Prothèse fixe et implant					
	Code INAMI	Numéros des dents	Honoraires	Date estimée	
				Mois	Année
<input type="checkbox"/> Couronne					
<input type="checkbox"/> Inlay/Onlay					
<input type="checkbox"/> Bridge					
<input type="checkbox"/> Abutment					
<input type="checkbox"/> Pilier					
<input type="checkbox"/> Implant					
<input type="checkbox"/> Autre à préciser :					

Orthodontie						
	Code INAMI	Honoraires	Date estimée		Date appareil précédent	
			Mois	Année	Mois	Année
<input type="checkbox"/> Forfait appareillage						
<input type="checkbox"/> Appareil de contention						

Parodontologie					
	Code INAMI	Numéros des quadrants	Honoraires	Date estimée	
				Mois	Année
<input type="checkbox"/> Détartrage sous-gingival					
<input type="checkbox"/> Examen buccal					
<input type="checkbox"/> Comblement osseux					
<input type="checkbox"/> Greffe					
<input type="checkbox"/> Autre à préciser :					

Endodontie					
	Code INAMI	Numéros des dents	Honoraires	Date estimée	
				Mois	Année
<input type="checkbox"/> Type de soin : _____					

E. Cachet et signature du prestataire de soins

Cachet du prestataire (avec N° INAMI)

Date : _____ / _____ / _____

Signature du prestataire :