



DEMANDE D'INTERVENTION

ASSURANCE DENTAIRE DENTALIS

Société Mutualiste d'Assurances Neutra
N° d'entreprise : 0472.020.311
Agréée par l'Office de Contrôle des Mutualités
(Av. de l'Astronomie 1 – 1210 Bruxelles)
Sous le n° 250/2

*Pour tous les soins effectués à partir du 01/07/2015
en Belgique, en Allemagne, en France, au Grand-Duché de Luxembourg et aux Pays-Bas*

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

NOM et PRENOM de la personne soignée

ADRESSE

N° TELEPHONE

N° NATIONAL (à défaut, la date de naissance)

COMPTE BENEFICIAIRE : IBAN _____ - _____ - _____ - _____ BIC.....

À COMPLÉTER SI LA DEMANDE D'INTERVENTION EST CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT

- A) DATE DE L'ACCIDENT
- B) DE QUEL TYPE D'ACCIDENT S'AGIT-IL ?
- De la vie privée
 - De travail
 - Sportif
- C) Y A-T-IL INTERVENTION D'UN AUTRE ORGANISME ASSUREUR ?
- Oui
 - Non

Si oui, mentionnez le nom de la compagnie :

Par la présente, en vue de faciliter mon remboursement, j'autorise la SMA Neutra à demander à ma mutualité le détail de la facture remboursée en assurance obligatoire.

La S.M.A. Neutra traite les données reprises dans ce formulaire conformément à la loi du 08 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Les données que vous communiquez à la S.M.A. Neutra sont utilisées dans le cadre de l'intervention de votre assurance Neutra et ne sont transmises qu'au personnel chargé de traiter votre dossier. Toute personne dont les données sont traitées peut consulter ses données personnelles, les faire corriger ou, si elle a de bonnes raisons, les faire supprimer, au moyen d'une demande datée et signée, accompagnée d'une copie de la carte d'identité à envoyer à la S.M.A. Neutra. Par la présente déclaration, j'autorise la S.M.A. Neutra à traiter mes données personnelles et médicales.

Certifié sincère et véritable.

Fait le __ / __ / ____ à

Signature :

- Suite au verso -

À REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE

NOM DU PATIENT :

Type de soins	Code nomenclature	Numéro de dent	Date des soins	Montant payé
Soins préventifs 301254-301265-301593- 301604-301696-301700- 301711-301722-301733- 301744-301755-301766- 301770-301781-301976- 302153-302164-302175- 302186-302190-302201- 302212-302223-302245				
Soins curatifs visites - extractions dentaires - soins conservateurs - radiologie buccale - petite chirurgie buccale				
Parodontologie				
Implants et prothèses	<u>Prothèses fixes</u> <input type="radio"/> Bridge <input type="radio"/> Implant <input type="radio"/> Couronne <input type="radio"/> Inlay/onlay <input type="radio"/> Autre : <u>Prothèses amovibles</u> <input type="radio"/> Complète <input type="radio"/> Partielle <input type="radio"/> Squelettique <input type="radio"/> Amovible sur implants <input type="radio"/> Autre :			
Orthodontie				

Veuillez remettre ce document à votre mutualité Symbio accompagné de l'attestation de soins donnés ou d'une note d'honoraires si les soins ne sont pas remboursables par l'A.M.I.

Date et signature du prestataire :

Cachet du prestataire :