

Une intervention est octroyée pour les frais de prothèses dentaires, implants dentaires, pivots dentaires, couronnes et bridges dentaires à condition qu'aucune intervention légale ne soit prévue dans le cadre de l'assurance obligatoire ou par toute autre réglementation.

L'intervention est fixée à 15 % des frais supérieurs à €250,00 et plafonnée à concurrence de €500,00 par deux années civiles.

CONDITIONS

- ✓ les prestations doivent être prodiguées en Belgique par un dentiste reconnu par l'I.N.A.M.I ;
- ✓ l'intervention est octroyée sur présentation d'un formulaire délivré par la Mutualité dûment complété et signé par un dentiste reconnu par l'I.N.A.M.I ;
- ✓ le bénéficiaire doit avoir la qualité de membre effectif ou de personne à charge au moment du début du traitement ;
- ✓ le bénéficiaire doit également rester membre de la mutualité pendant la suite du traitement dont il demande le remboursement. S'il venait à perdre la qualité de membre en cours de traitement, les remboursements seront effectués au prorata de la période de traitement pour laquelle le bénéficiaire était effectivement membre de la mutualité.

i Intervention octroyée uniquement sur base des statuts en vigueur au moment de la prestation.

A COMPLETER PAR L’AFFILIE(E) OU APOSEZ UNE VIGNETTE D’IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____ Numéro national : * _____ - _____ - _____ * Rue et n° : _____ Code postal et commune : _____ N° de téléphone : _____ / _____ Adresse e-mail : _____ @ _____	OU APOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI
--	---------------------------------

A COMPLETER PAR LE DENTISTE

Je soussigné(e) _____, dentiste, déclare avoir vu le ___ / ___ / ___ le/la patient(e) susnommé(e) dans le cadre du placement d'un(e) :

- Prothèse dentaire (**non remboursable en assurance obligatoire**) : montant _____, _____ €
 Mâchoire : inférieure supérieure
 Raison du non remboursement : - 50 ans renouvellement non respecté
 - Implant dentaire (**non remboursable en assurance obligatoire**) : nombre : _____ dent n° _____ montant _____, _____ €
 - Couronne dentaire : nombre : _____ dent n° _____ montant _____, _____ €
 - Bridge dentaire : nombre : _____ dent n° _____ montant _____, _____ €
 - Pivot dentaire : nombre : _____ dent n° _____ montant _____, _____ €
- Cachet et signature du dentiste : _____ Date : ___ / ___ / _____



Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet « envoyer un formulaire » de votre guichet en ligne « MySymbio ». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.