



SMAB/DENTIMUT Plus

N  affiliation:

Concerne :

N.I.S.S. :

DEMANDE D'INTERVENTION DENTIMUT PLUS

Joindre LA QUITTANCE DE LA MUTUALITE ou UNE FACTURE OU NOTE D'HONORAIRES DETAILLEE si pas de remboursement par la mutualité.

A compléter par le prestataire

Identité du patient : Nom : Prénom :

Table with 5 columns: Type de soins, Date prestation, Code INAMI (si prévu), Montant de la prestation, Genre de prestation. Rows include Préventifs, Paradontologie, Orthodontie, Curatifs, and Prothèses et implants dentaires.

Cachet du prestataire et n  inami : Date et signature du prestataire : Le signataire atteste la véracité des informations mentionnées dans cette déclaration.

A compléter par l'assuré : S'il s'agit d'un accident, veuillez indiquer de quel type : Date de l'accident : Bénéficiez-vous d'une intervention d'une autre assurance dans les soins dentaires ?

Les données personnelles contenues dans le présent document sont traitées par la SMAB pour les besoins de la gestion et de l'exécution de votre contrat d'assurance. Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès aux données personnelles qui vous concernent et de rectification de ces données. 07/2015