

# Dento +

## Plan de traitement

En cas d'accident, pour les traitements prothétiques, de parodontologie et d'orthodontie non remboursés par l'assurance obligatoire, un plan de traitement doit être établi par votre dentiste. Ce plan de traitement doit être communiqué à votre mutualité AVANT le début du traitement.

L'intervention ne vous sera octroyée qu'à cette condition, après accord du dentiste-conseil.

À compléter par le bénéficiaire

Coller une vignette

Tél. ou GSM : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Pour quels types de soins le plan de traitement est-il demandé ? Veuillez cocher la case adéquate.

Prothèse  Parodontologie  Orthodontie

Renseignements relatifs à l'accident :

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Description de l'accident : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lésions suite à l'accident : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je joins un constat médical d'accident ainsi qu'un document radiologique démontrant les lésions consécutives à l'accident.

Veuillez annexer le plan de traitement proposé par le dentiste comprenant son estimation d'honoraires (voir instructions pour le dentiste au verso).

Je soussigné(e) déclare que les renseignements ci-dessus sont conformes à la réalité et je déclare avoir pris connaissance des clauses juridiques reprises en fin de document.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Retrouvez tous les formulaires utiles sur [mc.be/formulaires](http://mc.be/formulaires)



## Instructions pour le prestataire

**Dento +** est une assurance qui offre une prise en charge plus importante pour certains soins dentaires. Le calcul de l'intervention de **Dento +** est basé sur la remise par le prestataire de soins d'un plan de traitement et d'une estimation de ses honoraires. Ce document est obligatoire uniquement en cas d'accident et doit être complété avant le début du traitement du patient. Dans les autres situations, ce document peut également être complété si le patient souhaite obtenir une estimation de l'intervention de **Dento +** à laquelle il peut prétendre.

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.

Le plan de traitement décrit, en fonction des éléments connus à la date d'aujourd'hui et de l'examen de ce jour :

- L'ensemble des soins à réaliser dans la bouche
- Les étapes du traitement prévu
- L'estimation des honoraires de chaque poste et des honoraires globaux
- Une idée du calendrier nécessaire à la réalisation du traitement complet
- Votre numéro Inami et votre signature

### Patient

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

### Calendrier

Date prévue de début du traitement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Durée estimée du traitement : \_\_\_\_\_

### Examen buccal

**X : absence    S : à traiter    E : à extraire    C : à couronner**

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

### Prothèse amovible

|            |                                       | Numéro des dents si partielle | Honoraires | Date estimée |      |       |
|------------|---------------------------------------|-------------------------------|------------|--------------|------|-------|
|            |                                       |                               |            | jour         | mois | année |
| Supérieure | <input type="checkbox"/> Complète     |                               |            |              |      |       |
|            | <input type="checkbox"/> Partielle    |                               |            |              |      |       |
|            | <input type="checkbox"/> Squelettique |                               |            |              |      |       |
| Inférieure | <input type="checkbox"/> Complète     |                               |            |              |      |       |
|            | <input type="checkbox"/> Partielle    |                               |            |              |      |       |
|            | <input type="checkbox"/> Squelettique |                               |            |              |      |       |

### Prothèse fixe

|                  |                                            | Numéro des dents | Honoraires | Date estimée |      |       |
|------------------|--------------------------------------------|------------------|------------|--------------|------|-------|
|                  |                                            |                  |            | jour         | mois | année |
| Couronne         | <input type="checkbox"/> Céramique         |                  |            |              |      |       |
|                  | <input type="checkbox"/> Céramo-métallique |                  |            |              |      |       |
|                  | <input type="checkbox"/> Métallique        |                  |            |              |      |       |
| Inlay/Onlay      | <input type="checkbox"/> Céramique         |                  |            |              |      |       |
|                  | <input type="checkbox"/> Résine            |                  |            |              |      |       |
| Bridge           | <input type="checkbox"/> Céramique         |                  |            |              |      |       |
|                  | <input type="checkbox"/> Céramo-métallique |                  |            |              |      |       |
|                  | <input type="checkbox"/> Résine sur métal  |                  |            |              |      |       |
| Piliers-Abutment |                                            |                  |            |              |      |       |
| Implant          |                                            |                  |            |              |      |       |
| Autres           |                                            |                  |            |              |      |       |



## Clauses

J'accepte que la SMA MC ASSURE prenne directement contact avec la MC en vue d'optimiser mes remboursements sur la base des données qu'elle a reçues dans le cadre de l'assurance obligatoire et de l'assurance complémentaire.

MC Assure ne transmettra pas mes données à des tiers sauf dans la mesure où cela s'avère nécessaire à la bonne exécution du contrat d'assurance et/ou en cas de subrogation (récupération des dépenses auprès d'un tiers responsable).

Conformément au Règlement européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (RGDP), mes données sont traitées par la MC. Pour la gestion de mon contrat d'assurance, mes données sont traitées par MC ASSURE, qui agit en tant que responsable de traitement ainsi que par la MC qui agit en tant qu'intermédiaire d'assurances de cette dernière.

La politique en matière de vie privée est disponible sur [www.mc.be/disclaimer](http://www.mc.be/disclaimer) ou sur simple demande.

MC ASSURE est la société mutualiste d'assurances de la Mutualités chrétiennes (RPM Bruxelles, 0834.322.140) agréé sous le n° OCM 150/02 pour les branches 2 et 18 auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales des Mutualités Chaussée de Haecht, 579 à 1031 BRUXELLES

La MC, dont le siège social est situé Chaussée de Haecht, 579 à 1031 Bruxelles, est l'intermédiaire d'assurances de MC Assure.

## EN SAVOIR PLUS ?

Appelez le 081 81 28 28 ou adressez-vous à votre conseiller via [mc.be/contact](http://mc.be/contact)

