

## **DEMANDE D'INTERVENTION**

A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE

Identité du patient : \_\_\_\_\_

Prothèse	Nombre	Code INAMI	Montant	Réservé à HOSPITALIA
<b>PROTHESE OPHTALMOLOGIQUE</b>				
<input type="checkbox"/> verre de lunettes <input type="checkbox"/> lentille de contact <input type="checkbox"/> Lentilles intraoculaires et corrections chirurgicales (corrections de la vue, keratotomie, traitements au laser)				
Joindre la facture originale				
<b>AUTRES</b>				
<input type="checkbox"/> appareil auditif <input type="checkbox"/> semelles orthopédiques <input type="checkbox"/> perruque <input type="checkbox"/> prothèse mammaire <input type="checkbox"/> gouttière (orthèse médico-orthopédique)				
Joindre la prescription médicale et la facture originale				

Date du placement ou de fourniture

--	--	--	--	--	--	--	--

N° d'agrément INAMI

--	--	--	--	--	--

### Signature du prestataire

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page below the title.

## Cachet du prestataire

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page below the title.

## A COMPLETER PAR L'ASSURE

- ## Frais pharmaceutiques

Joignez à cette demande l'attestation de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire (attestation BVAC).

**Attention :** le pharmacien doit mentionner les noms du patient et du médecin prescripteur sur chaque attestation.

Pour rappel, Hospitalia Ambulatoire accorde un remboursement de 50 % du prix payé par le patient pour les médicaments allopathiques à l'exclusion :

- des médicaments homéopathiques et diététiques
  - des médicaments destinés à l'hygiène corporelle
  - des produits sans effet thérapeutiques, vendus en pharmacie, comme les aliments, boissons, savons, dentifrices, etc...
  - les produits d'herboristerie (phytothérapie).

1

**Apposez ici une vignette de la mutualité**

Certifié sincère et véritable,  
Date et signature :

**Vous pouvez introduire vos demandes d'intervention pour les prothèses et gouttières dentaires en nous envoyant le document : "Demande d'intervention - prestations dentaires - justificatif pour traitement(s) effectué(s)".**

J'accepte que la SMA MLOZ Insurance prenne directement contact avec ma mutualité ou l'Union Nationale des Mutualités Libres en vue d'optimiser mes remboursements sur la base des données qu'elles ont recues dans le cadre de l'assurance obligatoire et complémentaire.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (RGPD), vos données seront traitées par la SMA MLOZ Insurance, qui agit en tant que responsable de traitement et