

DEMANDE D'INTERVENTION

A. PRENEUR D'ASSURANCE

1. Nom

Prénom

Date de naissance

N° de registre national

ou
Apposez ici une vignette de la mutualité

Prothèse	Nombre	Code INAMI	Montant	Réservé à HOSPITALIA
PROTHÈSE OPHTALMOLOGIQUE				
verre de lunettes				
lentille de contact				
lentilles intraoculaires et corrections chirurgicales (corrections de la vue, keratotomie, traitements au laser) joindre la facture originale				
AUTRES				
appareil auditif				
semelles orthopédiques				
perruque				
prothèse mammaire				
gouttière (orthèse médico-orthopédique) joindre la prescription médicale et la facture originale				

Date du placement ou de fourniture

Signature du preneur d'assurance

Cachet du prestataire

N° d'agrément INAMI

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, Hôpital 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).

Certifié sincère et véritable,

Date et signature

N° de registre national
ou
Apposez ici une vignette de la mutualité

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 reçues dans le cadre de l'assurance obligatoire et complémentaire.

Je déclare être au courant que toute fausse déclaration de ma part m'exposera aux sanctions telles que décrites dans les statuts de la SMA (exclusion) ainsi qu'à des sanctions pénales. Je suis conscient(e) que toute fausse déclaration constitue un faux en écriture, une tentative d'escroquerie et escroquerie pénalement punissable.

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 par votre mutualité, en tant qu'agent et sous-traitant de cette dernière, pour la gestion de vos contrats d'assurance. Notre politique en matière de vie privée ('Disclaimer') est disponible via le lien suivant : <https://www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance> ou sur demande par courrier (MLOZ - DPO - Route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles).