

Attention : veuillez consulter les informations **au verso** avant de compléter ce document.

Merci de n'utiliser qu'une seule demande d'intervention par prestataire.

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Appelez ici une vignette de la mutualité

A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE DE SOINS

THÉRAPIES ALTERNATIVES (SESSIONS) Ajouter une preuve de paiement

- Ostéopathie ou chiropraxie - 8982013
 Acupuncture - 8982024
 Homéopathie - 8982035
 Ergothérapie - 8982046
 Psychologie - 8982050
 Logopédie - 8982061
 Diététique - 8982072
 Orthopédagogie - 8982083

1.	Date des sessions	Code INAMI (si nécessaire)	Montant payé par session
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

SOINS OCULAIRES ET AUDITIFS

Ajouter la facture originale et la prescription (validité 12 mois max)

	Nombre	Date d'achat ou de traitement	Code INAMI (si nécessaire)	Montant payé
<input type="checkbox"/> Verres correcteurs - 8982094				
<input type="checkbox"/> Lentilles de contact - 8982105				
<input type="checkbox"/> Traitement des yeux au laser - 8982116	////////////////////		////////////////////	
<input type="checkbox"/> Kératotomie - 8982120	////////////////////		////////////////////	
<input type="checkbox"/> Appareil auditif - 8982131				

Date :

Signature du prestataire

Cachet du prestataire

Numéro d'agrément INAMI (si vous en avez un)

Association professionnelle :

A COMPLETER PAR L'ASSURE

TICKETS MODÉRATEURS - 8982002

- Affilier hors A.O. (SNCB, UE,...) ou prestations en tiers payant.
Décompte à joindre

FORFAIT DE NAISSANCE - 8982142

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :

A SIGNER PAR L'ASSURÉ

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.

Certifié sincère et véritable,

Date et signature obligatoire de l'assuré :

A COMPLÉTER PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE

En cas d'accident : Date : Type d'accident :
 de la vie privée du travail sportif scolaire

Avez-vous reçu une intervention d'une autre assurance ?

Non

Oui, laquelle :

Assurance accidents de travail

Assurance privée ou collective (autre que Medicalia)

Veillez ajouter le décompte détaillé en annexe.

Signature du preneur d'assurance :

INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DE L'ASSURÉ MEDICALIA

Remplissez la partie "à compléter par l'assuré" et signez toujours le formulaire. N'oubliez pas de coller une vignette.

1. Pour les thérapies alternatives

Ayez toujours une demande d'intervention avec vous lorsque vous avez un rendez-vous chez un prestataire et laissez-lui le soin de la remplir. Merci d'ajouter les preuves de paiement (reçu, quittance,...)

2. Pour les soins oculaires ou auditifs

Si vous achetez des lunettes, des lentilles ou un appareil auditif : laissez à l'opticien ou à l'audiologue le soin de remplir la demande d'intervention. Merci d'ajouter la prescription médicale (validité 12 mois max délivrée avant la date d'achat et prescrite par un spécialiste ORL) ainsi que la facture ou une preuve de paiement.

Si vous devez subir une chirurgie au laser ou de la kératotomie : faites remplir votre demande d'intervention par l'ophtalmologue reconnu de la clinique. Merci d'ajouter également la facture ou une preuve de paiement.

3. Pour le forfait de naissance

Pour bénéficier du forfait de naissance, complétez vous-même la demande d'intervention. Le forfait de naissance vous sera versé lorsque l'attestation de naissance sera transmise à votre mutualité.

Les pièces justificatives peuvent être transmises par voie digitale, à l'exception des attestations de soins donnés (qui doivent être originales). Dans ce cas, la copie digitale doit être de bonne qualité (lisible) et conforme à l'original (aucune modification manuscrite ou retouche). Nous nous réservons le droit de vous réclamer l'original.

INSTRUCTIONS POUR LE PRESTATAIRE

- Ne remplissez pas le formulaire si un autre prestataire l'a déjà fait avant vous. Veuillez compléter une nouvelle demande d'intervention.
- Veuillez remplir la partie « à compléter par le prestataire », signez-la et ajoutez-y votre cachet. Si vous avez un numéro d'agrément INAMI ou d'association professionnelle, merci de le compléter également.

RAPPEL :

1. Il y a un **stage d'attente** général de 6 mois (ou 12 mois pour le forfait de naissance). Si vous aviez une assurance similaire, votre stage pourra éventuellement être raccourci ou supprimé.

2. Medicalia n'intervient pas pour :

- > Les médicaments.
- > Les soins durant une hospitalisation.
- > Les sessions réalisées par des prestataires qui ne sont pas reconnus par l'INAMI ou qui ne figurent pas sur notre liste : www.mloz.be/fr/prestataires-reconnus.
- > Les montures (de soleil) et les verres solaires (avec ou sans correction).
- > Les soins dentaires (y compris les implants et les prothèses (et tous les avantages qui sont liés)).
- > Les médicaments, produits pharmaceutiques et traitements hospitaliers de nature esthétique.
- > Les cures de rajeunissement.
- > Les soins prescrits hors Belgique.

3. Vous trouverez toutes les informations relatives à Medicalia dans les Conditions Générales ou sur www.medicalia.be

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.