Hospitalia AMBULATOIRE

DEMANDE D'INTERVENTION

A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE

Identité du patient :

Prothèse	Nombre	Code INAMI	Montant	Réservé à HOSPITALIA
PROTHESE OPHTALMOLOGIQUE				
☐ verre de lunettes ☐ lentille de contact 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

N° d'agrément INAMI

Signature du prestataire

Cachet du prestataire

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).

Nom, prénom : . . . . . .

Si vous souhaitez que l'intervention soit versée sur un autre compte bancaire que celui qui nous est connu, merci de le communiquer ci-dessous et d'y apposer votre signature.

Compte financier - code IBAN :

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'optimaliser 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.

Société mutualiste d'assurances (SMA) MLOZ Insurance agréée sous le n° de code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités. Siège social : route de Lennik 788A - 1070 Bruxelles - Belgique - (RPM Bruxelles) • N° d'entreprise : 422.189.629 • Editeur responsable : X. Brenez