

## DEMANDE D'INTERVENTION

Attention : avant de commencer à compléter ce document, veuillez lire la note explicative au verso

|   |   |
|---|---|
| Nom et prénom de la personne hospitalisée :       | <input type="text"/>                            |
| Date de naissance de la personne hospitalisée :   | <input type="text"/> (jour - mois - année)      |
| Nouvelle adresse (si différente de la vignette) : | <input type="text"/>                            |
|   | <b>Appelez ici une vignette de la mutualité</b> |

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| Demande d'intervention relative à : | <input type="checkbox"/> acompte versé à l'hôpital | <input type="checkbox"/> soins pré/posthospitaliers* (voir verso) |
|                                     | <input type="checkbox"/> facture d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> garantie Maladies Graves                 |

|   |  |  |
|---|--|--|
| Cause de l'hospitalisation éventuelle : | <input type="checkbox"/> accident de travail ou sur le chemin du travail survenu le <input type="text"/> (jour - mois - année) |  |
|   | <input type="checkbox"/> maladie/affection/état préexistant  | <input type="checkbox"/> accouchement  |
|   | <input type="checkbox"/> maladie   | <input type="checkbox"/> autre : ..... |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Intervention d'un autre organisme assureur : | <input type="checkbox"/> assurance accidents de travail | <input type="checkbox"/> assurance privée autre qu'Hospitalia |
|--|---|---|

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| La responsabilité d'un tiers semble-t-elle engagée ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|--|------------------------------|------------------------------|

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Etes-vous couvert par une autre police d'assurance hospitalisation ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Si oui, sa dénomination :  | <input type="text"/>         |                              |

|   |
|---|
| Je déclare sur l'honneur que la présente hospitalisation  |
| <input type="checkbox"/> est <input type="checkbox"/> n'est pas le résultat d'un des points repris au verso (1) |
| <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> n'a pas un but esthétique                                   |

|  |
|--|
| 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 de signer. |
| Compte financier - code IBAN : <input type="text"/>  |
| au nom de : <input type="text"/>   |
| Signature : <input type="text"/>   |

- Par la présente, je déclare expressément, et à due concurrence, subroger la SMA (Société mutualiste d'assurances) «MLOZ Insurance», dans tous ses droits à l'égard de tout responsable de ce sinistre, y compris tout assureur.
- J'autorise la SMA à demander le détail de la facturation à l'institution hospitalière et aux prestataires de soins et donne procuration à la SMA afin de procéder à toute action en récupération en mon nom auprès de ceux-ci pour des prestations facturées et/ou payées indûment.

Par la présente et afin de faciliter mon remboursement, j'autorise la SMA à demander à ma mutualité le détail de la facture remboursée en assurance obligatoire.

Fait à .....  
le .....

Certifié sincère et véritable,  
signature:

\* A compléter si vos prestations ont été facturées **via E-attest**.

N° de bon/n° du certificat (ex : 500-1-170329-0000001-29) reçu de votre prestataire de soins.

|    |     |
|----|-----|
| 1. | 6.  |
| 2. | 7.  |
| 3. | 8.  |
| 4. | 9.  |
| 5. | 10. |

Madame,  
Mademoiselle,  
Monsieur,

Nous vous souhaitons un prompt rétablissement à la suite de votre hospitalisation et vous présentons tous nos voeux de bonne santé.

Tous les renseignements demandés dans ce document sont importants : ils sont destinés à faciliter le calcul du remboursement de votre hospitalisation, des soins pré- et posthospitaliers ainsi que ceux octroyés dans le cadre de la garantie Maladies Graves.

Il est donc de votre intérêt de le remplir correctement de manière à nous permettre de vous rembourser le plus rapidement possible. Vous êtes bien entendu tenu d'effectuer personnellement le paiement de la facture à l'hôpital.

Quelques explications pour remplir ce document :

- il convient de remplir une "Demande d'intervention" pour toute demande de remboursement;
- lorsqu'il s'agit d'une première demande d'intervention pour un séjour à l'hôpital, il est impératif de joindre à celle-ci la facture originale détaillée de cet hôpital;
- si vous êtes affilié à Hospitalia Continuité, le remboursement vous sera octroyé sur base du décompte détaillé de l'intervention de votre assurance groupe à nous envoyer.  
Vous devez donc envoyer la facture de l'hôpital à votre assureur groupe. Hospitalia Continuité vous remboursera ensuite le solde sur base du décompte que vous recevrez de votre assureur.

Si par la suite, et pour le même séjour à l'hôpital, vous recevez d'autres factures, il y a lieu de joindre les factures originales à un nouveau document "Demande d'intervention".

Si vous êtes couvert pour les soins pré et/ou posthospitaliers, ainsi que pour la garantie Maladies graves, il conviendra de remettre vos factures originales et le décompte du remboursement des attestations de soins par la mutualité ou une copie de celles-ci.

Par expérience, nous constatons que lorsque le patient signale qu'il a souscrit à une assurance hospitalisation, les suppléments d'honoraires à sa charge sont régulièrement augmentés. Dans votre intérêt, nous vous conseillons de ne jamais déclarer que vous avez souscrit à une telle assurance.

Soyez également assuré que nous sommes à votre service, mais aussi à votre écoute, pour vous apporter conseils et assistance dans vos démarches liées à l'hospitalisation.

Vous pouvez compter sur nous !

**Votre mutualité.**

**(1) La raison de l'hospitalisation relève d'un des points suivants :**

- maladie ou accident :
  - résultant de faits de guerre;
  - résultant de la pratique d'un sport rémunéré, y compris l'entraînement;
  - survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs concédés;
  - survenant lorsque l'assuré se trouve sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues;
  - résultant de la participation volontaire à un crime ou à un délit;
  - résultant d'un fait intentionnel de l'assuré, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de l'aggravation volontaire du risque par l'assuré;
  - résultant d'ivresse, d'alcoolisme ou de toxicomanie;
  - résultant de réactions nucléaires;
- prestation du type cure de rajeunissement.

*Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, les données que vous nous transmettez feront l'objet d'un traitement automatisé de la SMA "MLOZ Insurance" (n° d'entreprise 422.189.629, Route de Lennik 778A - 1070 Bruxelles) en vue du traitement correct de votre dossier et à des fins de marketing.*

*Sauf opposition de votre part en cochant cette case, vous donnez l'autorisation à la SMA de transmettre vos données administratives à nos partenaires .*

*Si vous le souhaitez, vous pouvez consulter vos données auprès du responsable du traitement Hospitalia, les faire rectifier ou supprimer, en application de la loi sur la protection de la vie privée du 8 décembre 1992.*