Demande d'intervention prothèses Hospitalia Ambulatoire

PARTENA mutualité libre | Hospitalia

*Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale ou envoyez-le à : **Mutualité Libre Partena, Sluisweg 2 b 1, 9000 Gent***
Davantage d'informations: www.partena-mutualite.be

A compléter par le prestataire de soins

Nom patient : .....
Prénom patient : .....
Date de naissance patient : .....
N° de Registre national : .....

Vignette

Prothèse	Nombre	Date prestation	Code INAMI	Montant payé
Dentaire complète				
☐ supérieure				
☐ inférieure				
Dentaire partielle				
☐ dent				
☐ plaque de base				
☐ crochet				
Dentaire - autre				
☐ bridge				
☐ dent à pivot				
☐ couronne				
☐ dent ajoutée à une prothèse				
☐				
Prothèse ophtalmologique (Joindre la facture originale)				
☐ verres de lunettes				
☐ lentilles de contact				
☐				
Autre (Appareils auditifs, semelles orthopédiques, perruques, prothèses mammaires, gouttières et implants dentaires, sans but purement esthétique) Joindre la prescription médicale et la facture originale				
☐				
☐				

N° d'agrément INAMI
☐☐☐☐☐☐☐

Date et signature du prestataire

Cachet du prestataire

A compléter par l'assure

En cas d'accident : date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ type d'accident : ☐ de la vie privée ☐ du travail ☐ sportif

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

☐ Non ☐ Oui – Laquelle : ☐ assurance accidents de travail ☐ assurance privée ou collective
(Veuillez ajouter en annexe le décompte détaillé) (autre qu'Hospitalia)

J'autorise que l'intervention soit versée sur un autre compte bancaire que celui qui est connu dans mon dossier :

Compte financier IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ BIC : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Au nom de : .....

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

Fait à .....

le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Signature :

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 788 a, 1070 Bruxelles) en vue du traitement correct de votre dossier. ❑ En cochant cette case, j'accepte d'être contacté(e) à des fins de marketing/que mes données soient transmises à nos partenaires. Si vous le souhaitez, vous pouvez consulter vos données auprès du responsable du traitement de la SMA, les faire rectifier ou supprimer, en application de la loi sur la protection de la vie privée du 8 décembre 1992. Partena-OZV, agent d'assurances (n° OCM 5006c - av. de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles) pour "MLOZ Insurance", la SMA des Mutualités Libres (pour les branches 2 et 18), route de Lennik 788 a, 1070 Bruxelles, RPM Bruxelles, (422.189.629, n° OCM 750/01).

09/2017

GT03711D0000000440590200