# Demande d'intervention
# Soins ambulatoires en cas de limitations de couverture

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*

**Ce document est réservé aux membres affiliés à Hospitalia Ambulatoire avec limitations.**
**Joignez toujours les preuves des frais ambulatoires : p. ex. attestations de soins donnés, attestation BVAC pharmacie, factures…**

Nom
(Nom de jeune fille)
Prénom
Date de naissance

**Apposez ici une vignette de la mutualité**

## A COMPLETER PAR L'ASSURE | LA SMA

| **Type de frais ambulatoires** (prestations, médicaments, prothèses) | **Date prestation** | | | **Raison des frais ambulatoires** (pour quelle affection/maladie?) | **Décision Conseiller Médical** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## A COMPLETER PAR L'ASSURE

En cas d'accident, la 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 (autre qu'Hospitalia)
Veuillez ajouter en annexe le décompte détaillé.

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 :

Signature

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 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 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).*

*HW11211D0000000455314200*