

# Demande d'intervention Medicalia



Envoyez le formulaire rempli, accompagné de la facture ou de la preuve de paiement, à : **La Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1, 9000 Gent**

Ou charger le tout à : [www.partena-mutualite.be/remboursement-medicalia](http://www.partena-mutualite.be/remboursement-medicalia) ou via **MonPartena**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Numéro de client : .....

Apposez ici une vignette de la mutualité

## A COMPLÉTER 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

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

### SOINS OCULAIRES ET AUDITIFS

#### Ajouter la facture originale et la prescription (validité 12 mois maximum)

	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 : ..... / ..... / .....

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

Signature du prestataire

Cachet du prestataire

Association professionnelle : .....

## A COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

### TICKETS MODÉRATEURS - 8982002

- Affilié 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 (MLOZ) 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 :**



\*P000011D0000000566653300\*

## A COMPLÉTER PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE

En cas d'accident, veuillez indiquer s'il s'agit d'un accident :

de la vie privée  du travail  sportif  scolaire date : ..... / ..... / .....

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

Non

Oui - Laquelle ?  Assurance accidents de travail

Assurance privée ou collective (autre que Medicalia)

↳ Veuillez ajouter le décompte détaillé en annexe.

### 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 en votre possession lorsque vous avez un rendez-vous chez un prestataire, et faites-la lui compléter.

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 en ophtalmologie ou ORL) ainsi que la facture ou une preuve de paiement.

Si vous devez subir une chirurgie au laser ou une kératotomie : faites compléter votre demande d'intervention par un ophtalmologue agréé. 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 sera versé lorsque l'attestation de naissance sera transmise à la mutualité.

Les pièces justificatives peuvent être transmises par voie numérique, à l'exception des attestations de soins donnés (qui doivent être originales). Dans ce cas, la copie numérique 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 complétez pas le formulaire si un autre prestataire l'a déjà fait avant vous. Veuillez compléter une nouvelle demande d'intervention.
- Veuillez compléter 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 écourté ou supprimé.
2. **Medicalia n'intervient pas pour :**
  - Les médicaments.
  - Les soins durant une hospitalisation.
  - Les traitements réalisés 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](http://www.mloz.be/fr/prestataires-reconnus).
  - Les montures et les verres solaires (avec ou sans correction).
  - Les soins dentaires (y compris les implants et les prothèses (et toutes les prestations qui y sont liées)).
  - 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 relative à Medicalia dans les Conditions Générales ou sur [www.medicalia.be](http://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.

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