



## Demande de remboursement des soins dentaires

### À remplir par l'assuré

#### (\* ) Je soussigné(e), la personne soignée ou son représentant légal,

consens     ne consens pas

au traitement de mes données à caractère personnel, relatives à la santé, par la SMA Neutra, dans le cadre des finalités définies.

### Coordonnées de la personne soignée

Nom\* : .....  
\* Ou coller une vignette de mutuelle

Prénom\* : .....

N° National\* : .....  
(à défaut, mettre la date de naissance)

Rue : .....

Numéro : ..... Boîte : ..... Code postal : .....

Ville : ..... Pays : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Numéro IBAN (**obligatoire**) : ..... Numéro BIC : .....

### Informations Complémentaires

**Période du soin (obligatoire)** : ..... à ..... (Maximum 3 mois)

### À compléter si la demande d'intervention est consécutive à un accident

A) Date de l'accident : .....

B) Y a-t-il intervention d'un autre organisme assureur ?

Oui (mentionner le nom de la compagnie) : .....

Non

Afin de faciliter mon remboursement, j'autorise la SMA Neutra à demander à ma mutualité le détail de la facture remboursée en assurance obligatoire et m'engage à transmettre les factures et/ou formulaire uniformisé lié(s) à cette demande. Sans cela, le remboursement ne pourra être effectué.

Certifié sincère et véritable,

Fait à ..... , le ..... **Signature**

(\* ) La personne soignée, ou son représentant légal, est statutairement tenue de soumettre la présente déclaration à la SMA Neutra. En complétant la présente déclaration, la personne soignée ou son représentant légal, communique, notamment, des données à caractère personnel relatives à la santé, et ce, dans le but d'obtenir le remboursement des frais couverts par l'assurance dentaire souscrite.

Le consentement libre et éclairé de la personne soignée, ou de son représentant légal, est indispensable au traitement par la SMA Neutra de ces données à caractère personnel relatives à la santé.

La personne soignée, ou son représentant légal, peut à tout moment demander à consulter les données, les modifier ou les supprimer ainsi que retirer le consentement donné sans que cela ne puisse avoir un effet sur les traitements déjà effectués. Pour ce faire, une demande écrite, datée et signée, accompagnée d'une copie de la carte d'identité, doit être envoyée à la SMA Neutra, Rue de Joie 5 à 4000 Liège. Pour toutes remarques ou questions, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données via [protection\\_donnees@neutrahospi.be](mailto:protection_donnees@neutrahospi.be) ou le 04/254.58.91. Vous pouvez également consulter notre déclaration en matière de protection de données à caractère personnel sur notre site web [www.neutrahospi.be/vie-privee](http://www.neutrahospi.be/vie-privee). L'Autorité de Protection des Données (APD), Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles, peut être contactée en cas d'insatisfaction persistante