



Société Mutualiste d'Assurances Neutra

Rue de Joie 5 à 4000 LIEGE

Tél : 04 254 54 90 Fax : 04254 54 37

N° d'entreprise : 0472.020.311

Email : info@neutrahospi.be

Site Web : www.neutrahospi.be

DEMANDE D'INTERVENTION DENTALIS

(Pour tous soins à partir du 1er juillet 2015)

Soins effectués en Belgique, France, Grand-Duché de Luxembourg, Allemagne et Pays-Bas

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 case ci-dessous est à cocher si vous donnez votre consentement.

Je soussigné, la personne soignée ou son représentant, consent au traitement de mes données à caractère personnel relatives à la santé par la SMA Neutra, dans le cadre des finalités définies.

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 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. L'Autorité de Protection des Données (APD), Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles, peut être contactée en cas d'insatisfaction persistante.

A REMPLIR PAR L'ASSURE

NOM ET PRENOM de la personne soignée

ADRESSE

N° TELEPHONE /

N° NATIONAL (A DEFAULT, DATE DE NAISSANCE)

COMPTE FINANCIER – NUMERO IBAN BE (A renseigner obligatoire)

A COMPLETER SI LA DEMANDE D'INTERVENTION EST CONSECUTIVE A UN ACCIDENT

A) DATE DE L'ACCIDENT

B) DE QUEL TYPE D'ACCIDENT S'AGIT-IL :

De la vie privée

Du travail

sportif

C) Y-A-IL INTERVENTION D'UN AUTRE ORGANISME ASSUREUR ?

OUI

NON

Si oui, mentionner le nom de la compagnie :

Afin de faciliter mon remboursement, j'autorise la SMA Neutra à demander à ma mutualité le détail de la facture remboursée en assurance obligatoire.

Certifié sincère et véritable, fait à

le

Signature

A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE

NOM DU PATIENT :

Type de soins	Code nomenclature	N° de dent	Date des soins	Montant payé
<u>Soins préventifs</u> 301254-301265-301593-301604-301696- 301700-301711-301722-301733-301744- 301755-301766-301770-301781-301976- 302153-302164-302175-302186-302190- 302201-302212-302223-302245				
<u>Soins curatifs</u> Visites-extractions dentaires-soins conservateurs-radiologie buccale-petite chirurgie buccale.				
Parodontologie				
<u>Implants et prothèses</u> Prothèses fixes Prothèses amovibles Supplément squelettique	<input type="radio"/> Bridge <input type="radio"/> Implants <input type="radio"/> Couronne <input type="radio"/> Inlay/onlay <input type="radio"/> Autres : <input type="radio"/> Complète <input type="radio"/> Partielles <input type="radio"/> Amovible sur implants <input type="radio"/> Autres :			
Orthodontie	<input type="radio"/> 305616 <input type="radio"/> 305620 <input type="radio"/> 305631 <input type="radio"/> 305642 <input type="radio"/> 305675 <input type="radio"/> 305686 <input type="radio"/> Appareillage <input type="radio"/> Autres : Numéro de contrôle :			

Date et signature du prestataire

Cachet du prestataire