



## Société Mutualiste d'Assurances Neutra

Rue de Joie 5 à 4000 LIEGE

Tél : 04 254 54 90 Fax : 04254 54 37

Email : [dentalis@neutrassur.be](mailto:dentalis@neutrassur.be)

Web : [www.neurahospi.be](http://www.neurahospi.be)

N° d'entreprise : 0472.020.311

# DENTALIS PLAN DE TRAITEMENT ORTHODONTIQUE

## A REMPLIR PAR L'ASSURE

*Coordonnées*

(\*) Je soussigné, 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.**

NOM ET PRENOM de la personne soignée : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

N° NATIONAL : \_\_\_\_\_  
(A DEFAUT, DATE DE NAISSANCE)

N° TELEPHONE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

@MAIL : \_\_\_\_\_

**Ou coller une vignette mutuelle**

## A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE

**Date de début du traitement** (Pose de l'appareil) : .....

	Code INAMI (ou équivalent)	Montant
<b>Montant(s) appareillage(s) et code(s) INAMI :</b>	.....	.....
	.....	.....

Contention(s) : .....

<b>Montant par consultation et code INAMI :</b>	.....	.....
---	-------	-------

Autres : .....

**Montant total des honoraires** (ensemble du traitement) : .....

OBSERVATIONS :

.....  
.....  
.....

Date :

Signature :

Cachet du prestataire :

(\*) 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@neurahospi.be](mailto:protection_donnees@neurahospi.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.neurahospi.be/vie-privee](http://www.neurahospi.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.

**Agréée par l'Office de Contrôle des Mutualités, Av. de l'Astronomie 1 à 1210 BRUXELLES, sous le numéro 250/2**