

DEMANDE D'INTERVENTION DENTALIS

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 DEFAULT, DATE DE NAISSANCE)

N° TELEPHONE : _____ / _____

@MAIL : _____

COMPTE FINANCIER – NUMERO IBAN BE : _____ **(A renseigner obligatoirement)**

TRAVAILLEURS FRONTALIERS BELGES : La personne soignée bénéficie-t-elle d'un remboursement complémentaire au titre de la législation luxembourgeoise ? OUI / NON (BIFFER LA MENTION INUTILE)

Ou coller une vignette mutuelle

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 (*) (*) BIFFER LES MENTIONS INUTILES

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

(*) 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 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.

Société Mutualiste d'Assurances Neutra

A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE

Si votre prestataire dispose du formulaire uniformisé, il n'est pas nécessaire de compléter ce qui suit.

NOM DU PATIENT :

Type de soins	Code nomenclature	N° de dent	Date des soins	Montant payé
Soins préventifs 301254-301265-301593- 301604-301696-301700- 301711-301722-301733- 301744-301755-301766- 301770-301781-301976- 302153-302164-302175- 302186-302190-302201- 302212-302223-302245				
Soins curatifs Visites-extractions dentaires-soins conservateurs-radiologie buccale-petite chirurgie buccale.				
Parodontologie				
Prothèses fixes <input type="radio"/> Implants <input type="radio"/> Couronne <input type="radio"/> Bridge <input type="radio"/> Inlay/onlay <input type="radio"/> Autres : Prothèses amovibles <input type="radio"/> Complète <input type="radio"/> Partielles <input type="radio"/> Autres : Supplément squelettique				
Orthodontie	<input type="radio"/> 305616 <input type="radio"/> 305631 <input type="radio"/> 305675 <input type="radio"/> 305633 <input type="radio"/> 305655 <input type="radio"/> Appareillage <input type="radio"/> Autres :			

Date et signature du prestataire

Cachet du prestataire

Instructions à l'attention des assurés

Merci de veiller à ce que les points ci-dessous soient complétés :

DEMANDE D'INTERVENTION DENTALIS

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

A REMPLIR PAR L'ASSURE	
<i>Coordonnées</i>	
<p>(*) Je soussigné, la personne soignée ou son représentant légal, <input type="checkbox"/> consens <input type="checkbox"/> ne consens pas au traitement de mes données à caractère personnel, relatives à la santé, par la SMA Neutra, dans le cadre de ses finalités définies. 1</p> <p>NOM ET PRENOM de la personne soignée : _____</p> <p>ADRESSE : _____ 2</p> <p>N° NATIONAL : _____ (A DEFAUT, DATE DE NAISSANCE)</p> <p>N° TELEPHONE : _____ / _____</p> <p>@MAIL : _____</p> <p>COMPTE FINANCIER - NUMERO IBAN BE : _____ 3 (A renseigner obligatoirement)</p> <p>TRAVAILLEURS FRONTALIERS BELGES : La personne soignée bénéficie-t-elle d'un remboursement complémentaire au titre de la législation luxembourgeoise ? OUI / NON (BIFFER LES MENTIONS INUTILES)</p>	
A COMPLETER SI LA DEMANDE D'INTERVENTION EST CONSECUTIVE A UN ACCIDENT	
<p>A) DATE DE L'ACCIDENT : _____</p> <p>B) DE QUEL TYPE D'ACCIDENT S'AGIT-IL : 4</p> <p><input type="radio"/> De la vie privée</p> <p><input type="radio"/> Du travail</p> <p><input type="radio"/> Sportif</p> <p>C) Y-A-IL INTERVENTION D'UN AUTRE ORGANISME ASSUREUR ? OUI / NON (*) (*) BIFFER LES MENTIONS INUTILES</p> <p>Si oui, mentionner le nom de la compagnie : _____</p> <p>Afin de faciliter mon remboursement, j'autorise la SMA Neutra à demander à ma mutualité le détail de la facture remboursée en assurance obligatoire.</p> <p>Certifié sincère et véridique,</p> <p>fait à _____ le _____ 5 Signature _____</p>	

1) Merci de **TOUJOURS** cocher l'une des deux cases proposées, relatives au traitement de vos données.

2) Indiquer vos coordonnées ou coller une vignette mutuelle à l'endroit prévu à cet effet.

3) Le numéro de compte sur lequel vous souhaitez être remboursé doit **TOUJOURS** être mentionné.

4) A ne compléter qu'en cas d'accident.

5) Vous devez **TOUJOURS** dater et signer le document.

(*) 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@neutrassur.be ou le 04/254.08.91. Vous pouvez également consulter notre Déclaration en matière de protection de données à caractère personnel sur notre site web www.neutrassur.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.

Instructions à l'attention du prestataire

Si vous disposez du formulaire uniformisé, celui-ci est suffisant et il n'est donc pas nécessaire de compléter ce qui suit.

IMPORTANT : Pour les prothèses et implants, le numéro des dents concernées par les soins doit **OBLIGATOIREMENT** être renseigné.

A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE				
Si votre prestataire dispose du formulaire uniformisé, il n'est pas nécessaire de compléter ce qui suit.				
NOM DU PATIENT : 1				
Type de soins	Code nomenclature	N° de dent	Date des soins	Montant payé
Soins préventifs 301254-301265-301593- 301604-301696-301700- 301711-301722-301733- 301744-301755-301766- 301770-301781-301976- 302153-302164-302175- 302186-302190-302201- 302212-302223-302245				
Soins curatifs Visites-extractions dentaires-soins conservateurs-radiologie buccale-petite chirurgie buccale.		2		
Parodontologie				
Prothèses fixes <input type="checkbox"/> Implants <input type="checkbox"/> Couronne <input type="checkbox"/> Bridge <input type="checkbox"/> Inlay/onlay <input type="checkbox"/> Autres :		3		
Prothèses amovibles <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/> Partielles Autres :				
Supplément squelettique				
Orthodontie <input type="checkbox"/> 305616 <input type="checkbox"/> 305631 <input type="checkbox"/> 305675 <input type="checkbox"/> 305633 <input type="checkbox"/> 305655 <input type="checkbox"/> Appareillage <input type="checkbox"/> Autres :				
Date et signature du prestataire 4		Cachet du prestataire		

1) Le nom de la personne soignée doit être renseigné.

2) Indiquer le type, la date et le montant des soins réalisés.
IMPORTANT : Si plusieurs types de soins sont réalisés le même jour (ex : soins préventifs et curatifs), merci de renseigner le montant réclamé pour chaque type de soins.

3) Pour ce type de soins, le numéro des dents doit **TOUJOURS** être renseigné.
 En cas de prothèse avec supplément squelettique, merci de distinguer le montant demandé pour la prothèse de celui du squelettique.

4) Le document doit **TOUJOURS** être cacheté, daté et signé par votre dentiste.