

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES SOINS DENTAIRES

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 BANCAIRE : \_\_\_\_\_ **(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)

Date :

Signature :

**Ou coller une vignette  
mutuelle**

A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE

**Soins préventifs (codes de la nomenclature couverts : 301254-301265 et de 301593 à 302245)**

Indiquer les codes de la nomenclature : \_\_\_\_\_

Date de la prestation : \_\_\_\_\_

**Prothèse dentaire (codes de la nomenclature couverts : de 306832 à 306946 et 307731 à 308162)**

Indiquer les codes de la nomenclature : \_\_\_\_\_

Date de la prestation : \_\_\_\_\_

	Supplément par Squelettique	Couronne	Implant
<b>Nombre</b>			
<b>Montant</b>			
<b>Date de la prestation</b>			

Date :

Signature :

Cachet :

(\*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 hospitalisation 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.

Société Mutualiste d'Assurances Neutra

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

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES SOINS DENTAIRES

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ

*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. **1**

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

ADRESSE : \_\_\_\_\_ **2**

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

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

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

COMPTE FINANCIER – NUMERO IBAN BE : \_\_\_\_\_ **3** (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)

Date : \_\_\_\_\_ **4** Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE

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

**5)** En cas de demande de remboursement pour implants, couronnes ou squelettiques, le nombre, le montant et la date de soins doivent **TOUJOURS** être renseignés

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

A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE

Soins préventifs (codes de la nomenclature couverts : 301254-301265 et de 301593 à 302245)

Indiquer les codes de la nomenclature : .....

Date de la prestation : .....

Prothèse dentaire (codes de la nomenclature couverts : de 306832 à 306946 et 307731 à 308162)

Indiquer les codes de la nomenclature : .....

Date de la prestation : .....

	Implément par Squelettique	Couronne	Implant
Nombre			
Montant		<b>5</b>	
Date de la prestation			

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ **6** Cachet : \_\_\_\_\_

(\*) 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 hospitalisation 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](mailto:protection.donnees@neutrassur.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.neutrahospital.be/vie-privee](http://www.neutrahospital.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.