



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 doit statutairement soumettre la présente demande d'intervention à la SMA Neutra. En complétant la présente demande, la personne soignée ou son représentant légal **consent librement** à :

- communiquer des données relatives à la santé et aux frais y liés dans le but d'obtenir le remboursement des frais couverts par l'assurance dentaire souscrite ;
- autoriser la SMA Neutra à traiter ces données dans ce but uniquement, conformément à la législation en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel.

La personne soignée ou son représentant légal peut à tout moment demander à consulter ces données, modifier ou supprimer celles-ci 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 en envoyant un courriel à l'adresse suivante :

vie-privee@neutrahospi.be ou en téléphonant au 04/254.58.91. Vous pouvez également consulter notre politique en matière de protection de données sur notre site web www.neutrahospi.be/vie-privee. Si vous n'êtes pas satisfaits, vous pouvez contacter l'Autorité de Protection de Données (APD), Rue de la Presse 35 à 1000 Bruxelles.

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 obligatoirement)

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 :

Par la présente, en vue 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



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

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.				
<u>Parodontologie</u>				
<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 :			
<u>Orthodontie</u>	<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