



Société Mutualiste d'Assurances Neutra
Rue de Joie 5 à 4000 LIEGE
N° d'entreprise : 0472.020.311
Tél. : 04 254 54 90 Fax : 04 254 54 37
Email : Info@neutrahospi.be

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES SOINS DENTAIRES

(Pour tous soins à partir du 1er janvier 2014)

La personne soignée ou son représentant légal doit statutairement soumettre la présente demande de remboursement 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 hospitalisation Neutra 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.

Pour pouvoir prétendre à un remboursement, ce document doit être intégralement complété et nous être retourné avec les quittances de remboursement de la mutualité dans le cas de soins remboursables par l'A.M.I.

A COMPLETER PAR LE MEMBRE

Nom :

Prénom : ou coller une vignette mutuelle

Numéro national :

Adresse :

Compte financier – IBAN numéro : **(A renseigner obligatoirement)**

Date : Signature :

A COMPLETER PAR LE DENTISTE

Compléter uniquement les zones concernées.

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 de 307731 à 308162)

Indiquer les codes de la nomenclature :

Date de la prestation :

	Supplément par Squelettique	Couronne	Implant
Nombre			
Montant restant à charge du patient			
Date de la prestation			

Date :

Signature :

Cachet :