



**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](mailto:Info@neutrahospi.be)  
Site web : [www.neutrahospi.be](http://www.neutrahospi.be)

## DECLARATION POUR INTERVENTION DES FRAIS

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**, liées à une hospitalisation ou une maladie grave, 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 case ci-dessous est à cocher si vous donnez votre consentement.**

**Je soussigné, la personne soignée ou son représentant, consent au traitement de mes données à caractère personnel relatives à la santé par la SMA Neutra, transmises par moi-même ou ma mutualité, dans le cadre des finalités définies.**

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 [vie-privee@neutrahospi.be](mailto:vie-privee@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.

<b>NOM ET PRENOM de la personne soignée</b> .....	
<b>ADRESSE</b> .....	
<b>N° TELEPHONE</b> .....	/ .....
<b>N° NATIONAL</b> .....	(A DEFAUT, DATE DE NAISSANCE)
<b>COMPTE FINANCIER – NUMERO IBAN BE</b> ..... <b>(A renseigner obligatoirement)</b>	
<b><u>OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION</u></b>	
A) INTERVENTION CHIRURGICALE	OUI / NON (*)
B) HOSPITALISATION	OUI / NON (*) DU ..... AU .....
<b>NOM DE L'HOPITAL :</b> ..... <b>LOCALITE :</b> .....	
<b>(A renseigner obligatoirement)</b>	
C) MALADIE GRAVE	OUI / NON (*) (*) BIFFER LES MENTIONS INUTILES
<b><u>TRAVAILLEURS FRONTALIERS BELGES</u></b>	
La personne soignée bénéficie-t-elle d'un remboursement complémentaire au titre de la législation luxembourgeoise ? OUI / NON (*) (*) BIFFER LA MENTION INUTILE	
<b><u>A COMPLETER SI LA DEMANDE D'INTERVENTION EST CONSECUTIVE A UN ACCIDENT</u></b>	
A) LIEU DE L'ACCIDENT .....	
B) DATE ET HEURE DE L'ACCIDENT .....	
C) COMMENT L'ACCIDENT S'EST-IL PRODUIT ? ..... .....	
D) NOMS, PRENOMS ET ADRESSES DES Temoins. ..... .....	
E) SI L'ACCIDENT EST IMPUTABLE A LA FAUTE D'UN TIERS : NOM, PRENOM, ADRESSE ET N° DE POLICE DU TIERS. .....	
F) Y A-T-IL EU CONSTAT PAR UNE AUTORITE VERBALISANTE ? SI OUI, MENTIONNER LAQUELLE. .....	

Le présent formulaire est à renvoyer à l'attention du Docteur Meurmans, médecin conseil de SMA Neutra, Rue de Joie 5, 4000 Liège.

Certifié sincère et véritable, fait à

le

Signature,

Agréée par l'Office de Contrôle des Mutualités, Avenue de l'Astronomie 1 à 1210 Bruxelles, sous le n° 250/2

# CERTIFICAT MEDICAL

A FAIRE COMPLETER PAR VOTRE MEDECIN SPECIALISTE OU GENERALISTE

Je soussigné(e) ..... (1)

déclare que ..... (2)

est en traitement depuis le ..... (3) Pour ouverture dossier  
Maladies Graves

pour ..... (4)

Hospitalisation du ..... au .....

doit être opéré(e) / a été opéré(e) (\*) le .....

Codification I.N.A.M.I. : .....

Fait à ....., le .....

Signature et cachet du médecin

.....

(1) Nom, prénom et adresse du médecin.

(2) Nom, prénom et adresse du patient.

(3) Date à laquelle l'affection a été constatée la première fois.

(4) Indication de la nature de l'affection.