



**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)

## **DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES SOINS DENTAIRES**

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

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 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, 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.

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 : .....

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

Date : ..... Signature : ..... Cachet : .....

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