

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE

Nom et prénom du patient : _____

Date de naissance : (jour - mois - année)

Apposez ici une vignette de la mutualité

N° d'inscription à Hospitalia ou
N° de Registre National (carte SIS)

A COMPLETER PAR LE PRESTATAIRE

Prothèse	Nombre	Code INAMI	Coût	Réservé à HOSPITALIA
<u>DENTAIRE COMPLETE</u> <input type="checkbox"/> supérieure <input type="checkbox"/> inférieure <u>PARTIELLE</u> <input type="checkbox"/> dent <input type="checkbox"/> plaque de base <input type="checkbox"/> crochet <u>AUTRE</u> <input type="checkbox"/> bridge <input type="checkbox"/> dent à pivot <input type="checkbox"/> couronne <input type="checkbox"/> dent ajoutée à une prothèse <u>OPHTALMOLOGIQUE*</u> <input type="checkbox"/> verre de lunette <input type="checkbox"/> lentille de contact <u>AUTRE*</u> <input type="checkbox"/> _____				

Date du placement ou de fourniture

N° d'agrément INAMI

Signature du prestataire

Cachet du prestataire

Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, les données que vous nous transmettez feront l'objet d'un traitement automatisé de la SMA "Mutuelle Entraide Hospitalisation" (n° d'entreprise 422.189.629, rue Saint-Hubert, 19 à 1150 Bruxelles) en vue du traitement correct de votre dossier et à des fins de marketing.

Sauf opposition de votre part en cochant cette case, vous donnez l'autorisation à la SMA de transmettre vos données administratives à nos partenaires .

Si vous le souhaitez, vous pouvez consulter vos données auprès du responsable du traitement Hospitalia, les faire rectifier ou supprimer, en application de la loi sur la protection de la vie privée du 8 décembre 1992.