DEMANDE D'INTERVENTION

Attention: avant de commencer à compléter ce document, veuillez lire la note explicative au verso

Transmettez vos documents de manière numérique grâce à l'appli Mon Helan ou à Mon Helan.
Attention! Nous avons besoin de l'original de l'attestation de soins pour le remboursement.
Envoyez-les par courrier à la Mutualité libre Helan, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.
Ou glissez-les dans une boîte aux lettres Helan près de chez vous.

Nom

Prénom

Date de naissance

N° de registre national

ou
Apposez ici une vignette de la mutualité

Demande d'intervention relative à:

- ☐ acompte versé à l'hôpital
- ☐ facture d'hospitalisation
- ☐ soins pré/posthospitaliers* (voir verso)
- ☐ garantie Maladies Graves* (voir verso)
- ☐ hospitalisation à domicile

En cas d'accident, veuillez indiquer s'il s'agit d'un accident:
☐ professionnel ☐ autre date d'accident: ..... / ..... / .....

Avez-vous déjà reçu l'intervention d'une autre assurance? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, merci de nous transmettre le décompte de l'intervention ainsi qu'une copie de votre facture.

- Par la présente, je déclare expressément, et à due concurrence, subroger la SMA (Société mutualiste d'assurances) "MLOZ Insurance", dans tous ses droits à l'égard de tout responsable de ce sinistre, y compris tout assureur.
- J'autorise la SMA à demander le détail de la facturation à l'institution hospitalière et aux prestataires de soins et donne procuration à la SMA afin de procéder à toute action en récupération en mon nom auprès de ceux-ci pour des prestations facturées et/ou payées indûment.
- Je déclare être au courant que toute fausse déclaration de ma part m'exposera aux sanctions telles que décrites dans la loi d'assurances ainsi qu'à des sanctions pénales. Je suis conscient(e) que toute fausse déclaration constitue un faux en écriture, une tentative d'escroquerie et escroquerie pénalement punissable.
- J'accepte que la SMA MLOZ Insurance prenne directement contact avec ma mutualité ou l'Union Nationale des Mutualités Libres (MLOZ) en vue d'optimaliser mes remboursements sur la base des données qu'elles ont reçues dans le cadre de l'assurance obligatoire et complémentaire.

Fait à .....

le ..... / ..... / .....

Certifié sincère et véritable,
signature obligatoire de l'assuré :

A526GT0301000000000000000000000000A

*Ne complétez que pour les soins en relation avec l'hospitalisation ou la Garantie Maladies Graves, si:

- Les prestations avant (60 jours pour Hospitalia Smart, Care et Plus) et après (120 jours pour Hospitalia Smart et 180 jours pour Hospitalia Care et Plus) hospitalisation ont été facturées par une e-attest (attestation de soins électronique).
- Vous avez déjà introduit vos attestations de soins donnés auprès de la mutualité.
- Votre prestataire a facturé la prestation en tiers payant et vous n'avez pas reçu de pièce justificative.Merci de mentionner ici le nom du prestataire et la date de la prestation (en cas de séances de kiné, de logopédie ou de soins infirmiers, vous pouvez indiquer la période des soins)

Nom du prestataire + date:	**Nom du prestataire + date:**
Nom du prestataire + date:	**Nom du prestataire + date:**
Nom du prestataire + date:	**Nom du prestataire + date:**
Nom du prestataire + date:	**Nom du prestataire + date:**
Nom du prestataire + date:	**Nom du prestataire + date:**

Madame,
Mademoiselle,
Monsieur,

Nous vous souhaitons un prompt rétablissement à la suite de votre hospitalisation et vous présentons tous nos voeux de bonne santé.

Tous les renseignements demandés dans ce document sont importants : ils sont destinés à faciliter le calcul du remboursement de votre hospitalisation, des soins pré- et posthospitaliers ainsi que ceux octroyés dans le cadre de la garantie Maladie Graves.
Il est donc de votre intérêt de le remplir correctement de manière à nous permettre de vous rembourser le plus rapidement possible.
Vous êtes bien entendu tenu d'effectuer personnellement le paiement de la facture à l'hôpital.

Quelques explications pour remplir ce document :

- il convient de remplir une "Demande d'intervention" pour toute demande de remboursement;
- si vous êtes affilié à Hospitalia Continuité, le remboursement vous sera octroyé sur base du décompte détaillé de l'intervention de votre assurance groupe à nous envoyer.
  Vous devez donc envoyer la facture de l'hôpital à votre assurance hospitalisation collective.

Si par la suite, et pour le même séjour à l'hôpital, vous receviez d'autres factures, il y a lieu de joindre les factures à un nouveau document "Demande d'intervention".

Si vous êtes couvert pour les soins pré et/ou posthospitaliers, ainsi que pour la garantie Maladies graves, il conviendra de remettre toutes vos pièces justificatives ou en l'absence de celles-ci le mentionner dans le cadre ci-dessus.

Les pièces justificatives peuvent être transmises par voie digitale, **à l'exception des Attestions de soins donnés** (qui doivent être originales). Dans ce cas, la copie digitale doit être de bonne qualité (lisible) et conforme à l'original (aucune modification manuscrite ou retouche). Nous nous réservons le droit de vous réclamer l'original.

Par expérience, nous constatons que lorsque le patient signale qu'il a souscrit à une assurance hospitalisation, les suppléments d'honoraires à sa charge sont régulièrement augmentés. Dans votre intérêt, nous vous conseillons de ne jamais déclarer que vous avez souscrit à une telle assurance.

Soyez également assuré que nous sommes à votre service, mais aussi à votre écoute, pour vous apporter conseils et assistance dans vos démarches liées à l'hospitalisation.
Vous pouvez compter sur nous !

Votre mutualité.

Ne sont pas couverts, les frais d'hospitalisation et de soins liés:

- une maladie ou un accident énumérés ci-dessous
  - résultant de faits de guerre;
  - résultant de la pratique d'un sport rémunéré, y compris l'entraînement;
  - survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs concédés;
  - survenant lorsque l'assuré se trouve sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues;
  - résultant de la participation volontaire à un crime ou à un délit;
  - résultant d'un fait intentionnel de l'assuré, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de l'aggravation volontaire du risque par l'assuré;
  - résultant d'ivresse, d'alcoolisme ou de toxicomanie;
  - résultant de réactions nucléaires;
- prestation du type cure de rajeunissement.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (RGPD), vos données seront traitées par la SMA MLOZ Insurance, qui agit en tant que responsable de traitement et par votre mutualité, en tant qu'agent et sous-traitant de cette dernière, pour la gestion de vos contrats d'assurance. Notre politique en matière de vie privée ('Disclaimer') est disponible via le lien suivant : https://www.mloz.be/fr/privacyMLOZInsurance ou sur demande par courrier.

MLOZ Insurance est la société mutualiste d'assurances des Mutualités Libres (Partenamut - Freie Krankenkasse - Helan Onafhankelijk ziekenfonds). Agréée sous le code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18, auprès de l'Office de Contrôle des Mutualités et des unions nationales de mutualités.Siège social : route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles - Belgique (RPM Bruxelles) - www.mloz.be - N° d'entreprise : 422.189.629.