

## DEMANDE D'INTERVENTION DE LA **GARANTIE MALADIES GRAVES**

Besoin d'aide ? Contactez-nous au 0800/231 00 ou par mail : [assurances@solidaris.be](mailto:assurances@solidaris.be)

### A. Renseignements généraux de la personne concernée

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Compte bancaire obligatoire<sup>(1)</sup> : **B**, **E** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Tél. : \_\_ / \_\_\_\_ . \_\_ . \_\_ GSM : **0**, **4** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Le bénéficiaire est-il couvert, pour des garanties de même nature,  
par une autre police d'assurance ou par un autre organisme ?

non       oui

Vignette de la personne concernée

**Si oui, laquelle :** \_\_\_\_\_

### B. Signature

En cochant cette case, je donne l'autorisation à :

- Solidaris Assurances de traiter mes données de santé\* et, le cas échéant, à communiquer ces dernières au médecin-référent de Solidaris Assurances et/ou à ma mutualité, en sa qualité d'intermédiaire d'assurances aux fins de la gestion de mon dossier. Ce consentement porte sur cette demande d'indemnisation, mais est également valable pour toutes les demandes d'indemnisations futures pour vos produits d'assurances actuels ou à venir.
- Ma mutualité, en sa qualité d'intermédiaire d'assurances, de transmettre à Solidaris Assurances toutes les informations qui lui seraient nécessaires pour le traitement de mon dossier d'indemnisation.

\* conformément à l'article 9 du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016

Les informations échangées entre Solidaris Assurances et votre mutualité sont reprises dans la politique de Solidaris Assurances en matière de protection des données qui est disponible sur notre site [www.solidaris-assurances.be/ViePrivee.htm](http://www.solidaris-assurances.be/ViePrivee.htm)

Les informations à caractère personnel qui sont demandées par Solidaris Assurances seront utilisées pour la gestion du dossier (loi du 06.08.1990 relative aux mutualités) et stockées dans ses fichiers à cette fin.

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

### Informations complémentaires

Si cette demande est complétée par une personne qui n'est pas celle mentionnée au point A

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_ / \_\_\_\_ . \_\_ . \_\_ GSM : **0**, **4** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

(1) Sans mention de votre numéro de compte, l'indemnisation sera versée sur un compte précédemment communiqué au service.

## PROCÉDURE À APPLIQUER POUR L'INDEMNISATION DES FRAIS AMBULATOIRES EN CAS DE MALADIE GRAVE



**Compléter votre demande d'intervention.**



**Joindre les documents, en lien avec votre maladie grave, suivants :**

- Les factures originales délivrées par les établissements hospitaliers pour des soins ambulatoires.
- Les attestations de la Mutualité (quittances) délivrées lors d'un remboursement de soins donnés uniquement pour la maladie en cause ;
- Les attestations de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire (souches BVAC) délivrées par la pharmacie lors de la fourniture des médicaments prescrits destinés uniquement au traitement de la maladie en cause.



**Envoyer vos documents à Solidaris Assurances  
(au maximum une fois par mois).**

- Rue Saint-Jean 32/38 - 1000 Bruxelles
- Ou par mail [assurances@solidaris.be](mailto:assurances@solidaris.be)

! Dans certains cas, il peut arriver que votre médecin ne vous délivre plus d'attestation de soins car :

- Vous pouvez bénéficier du **tiers payant**, ce qui vous permet de ne pas avancer la totalité du montant de votre prestation, et de payer uniquement votre quote-part personnelle, c'est-à-dire le ticket modérateur et les éventuels suppléments
- Il utilise le système **eAttest** qui lui donne la possibilité d'envoyer directement l'attestation de vos soins à votre mutualité. Avec eAttest, tout se fait électroniquement et automatiquement pour votre remboursement.

Néanmoins, dans les 2 cas, n'oubliez pas de joindre les reçus justificatifs délivrés par votre médecin ou lui demander de compléter le tableau ci-dessous.

Date de la prestation	Code prestation	Ticket modérateur perçu	Suppléments perçus	Signature et cachet du prestataire

En signant ce document, le prestataire certifie que les informations mentionnées sont sincères et véritables et peuvent être utilisées pour une demande d'indemnisation auprès de Solidaris Assurances. En cas de contestation, le prestataire s'engage à fournir à son patient une facture en bonne et due forme.