

DEMANDE D'INTERVENTION - LE COMPLÉMENT HOSPI

À envoyer à Solidaris Assurances

Médecin référent : **rue Saint-Jean, 32-38 - 1000 Bruxelles ou rue Douffet, 36 - 4020 Liège**
ou **place de la Mutualité, 1 - 6870 Saint-Hubert**. (Veuillez compléter toutes les rubriques de ce formulaire).**Besoin d'aide ? Contactez-nous au 0800/23 100****A. Renseignements généraux de la personne hospitalisée**

Nom, Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Compte bancaire⁽¹⁾ :

N° de sinistre (facultatif) :/.....

B. Dates du séjour à l'hôpital

Date d'entrée :/...../.....

Date de sortie :/...../.....

C. Signature

Subrogation : Le soussigné déclare subroger **Solidaris Assurances** dans tous ses droits relatifs aux soins indemnisés et à d'éventuels indus découlant du paiement de la facture. Je certifie mes déclarations exactes et sincères et m'engage à tout mettre en oeuvre pour fournir à **Solidaris Assurances** toute information relative à mon dossier, dans les plus brefs délais.

J'autorise spécialement et expressément **Solidaris Assurances**, à :

- Traiter les données médicales relatives à mon dossier, conformément à l'article 9 du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016 ;
- Communiquer toute donnée médicale à un praticien de l'art de guérir, désigné par **Solidaris Assurances** ;
- Fournir à ma mutualité les informations nécessaires en cas de demande de renseignements.

Je demande également à ma mutualité, en sa qualité d'intermédiaire d'assurances, de transmettre à **Solidaris Assurances** les informations qui seraient nécessaires pour le traitement de mon dossier "**Le Complément Hospi**".

La politique de Solidaris Assurances en matière de protection des données est disponible sur notre site :

www.solidaris-assurances.be/ViePrivee.htm ou par simple demande adressée au siège social de Solidaris Assurances

Je joins les pièces justificatives originales à la présente (quittances de remboursement, factures, notes d'honoraires, souches BVAC,...).

Date :/...../.....

Signature :

Si la demande est complétée pour une personne décédée, coordonnées de la personne qui déclare l'hospitalisation :

Nom, Prénom :

Adresse :

Tél. :/.....

Veuillez faire compléter le verso par votre
médecin (généraliste ou spécialiste).

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.

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

D. A remplir par le médecin

1. Frais pré- et post-hospitalisation ayant un lien direct avec l'hospitalisation

Soins de kinésithérapie : non oui Soins infirmiers : non oui
Médicaments prescrits : non oui

Si oui, quels médicaments (*) :

.....

.....

.....

(*) S'il s'agit de préparations magistrales, veuillez indiquer la composition).

3. Signature et cachet du médecin (obligatoire)

Cachet du prestataire

Date :/...../.....

Signature :

MARCHE À SUIVRE AFIN D'OBTENIR L'INTERVENTION DE L'ASSURANCE LE COMPLÉMENT HOSPI

Pour bénéficier d'une éventuelle indemnisation de **Solidaris Assurances**, vous devez introduire le dossier d'intervention **Le Complément Hospi**.

Un dossier est composé :

- 1. La déclaration d'intervention Le Complément Hospi** : Celle-ci doit-être complétée en totalité et signé par vous et par votre médecin hospitalier ou votre médecin traitant (rubrique D.1. et D.2.). L'indemnisation sera versée sur votre compte bancaire.
- 2. Des frais ambulatoires** exposés durant la période débutant 30 jours avant la date de début de l'hospitalisation et se terminant 90 jours après la date de sortie de celle-ci.

Ces frais peuvent être :

- Les factures originales délivrées par les établissements hospitaliers pour les soins en polyclinique;
- Les quittances de votre mutualité délivrées lors d'un remboursement de soins directement liés à l'hospitalisation (consultations médicales, soins de kinésithérapie, soins infirmiers,...);
- Les souches BVAC délivrées par la pharmacie lors de la fourniture des médicaments prescrits directement liés à l'hospitalisation;
- Les factures délivrées par le service auprès duquel du matériel sanitaire a été loué suite à l'hospitalisation.

Les copies de factures ne seront en aucun cas acceptées par le service, il vous est toutefois conseillé de conserver une copie de vos factures chez vous.

Cependant, si vous êtes couvert par une autre assurance, nous pourrons intervenir, dans les limites de nos statuts, sur les montants non couverts sur présentation de la note de calcul de cet organisme et d'une copie des factures.