

Demande d'intervention HPLUS 100/200/Franchise

À compléter par l' assuré(e) ou son représentant légal

Veillez fournir ce document à votre mutualité, conjointement avec les factures originales, l'attestation médicale et le rapport d'hospitalisation.
Les champs obligatoires sont marqués d'une (*).

Données personnelles

Complétez ou collez une vignette bleue :

Numéro de registre national (*): _____

Nom + prénom (*): _____

Rue + numéro (*): _____

Code postal + commune (*): _____

Téléphone : _____

GSM : _____

E-mail : _____

Si vous désirez recevoir le paiement sur un compte différent du compte connu par la mutualité, merci de remplir ici les données du nouveau compte. Le nouveau compte communiqué sera utilisé à l'avenir pour toutes les interventions HOPITAL-PLUS. Il est impossible d'effectuer uniquement un remboursement sur un compte différent.

IBAN:

BIC:

Êtes-vous couvert par une autre assurance hospitalisation ? (*)

OUI NON

Nom de l'assureur (*): _____ Numéro de police (*): _____

Raison de votre demande d'intervention (*):

Hospitalisation avec nuitée à cause d'un(e) :

- Maladie
- Grossesse
- Accident
- Intervention esthétique

Hospitalisation sans nuitée :

- Avec intervention chirurgicale
- Sans intervention chirurgicale

Traitement ambulatoire d'une maladie grave, nommément : _____

Durée de l'hospitalisation ou du traitement (*): du / / au / /

Informations supplémentaires (obligatoire en cas d'hospitalisation pour cause d'accident) :

Nature de l'accident : domestique de la route sport travail école autres : _____

En cas d'accident sportif : Quel sport? _____

Date de l'accident : _____

L'accident, est-il couvert par une autre assurance ? OUI NON

Êtes-vous personnellement responsable de l'accident ? OUI NON

• Sinon, quel est le nom du tiers responsable? _____

• Qui est l'assureur du tiers responsable? _____

Déclarations

- J'autorise la SMA Hôpital Plus à demander le relevé détaillé de la facturation à l'hôpital et aux auxiliaires médicaux. J'autorise Hôpital Plus à récupérer des montants faussement facturés, le cas échéant.
- En cas d'une demande d'intervention pour cause d'accident dont une tierce personne est responsable, je donne subrogation à Hôpital Plus pour tous les droits à l'égard de tout responsable de ce dommage, y compris chaque assureur.
- J'autorise la SMA Hôpital Plus à demander à ma mutualité les données des remboursements faits dans le cadre des assurances maladie obligatoire et complémentaire.
- J'autorise la SMA Hôpital Plus à demander à ma mutualité tous les informations concernant un remboursement dans le cadre d'un accident dont un tiers personne est responsable

(*) Faites le / / , à _____

(*) Signature de l'assuré ou son représentant légal :

Champ réservé à la mutualité

Cachet de réception

Champ réservé à Hôpital Plus

Cachet de réception