

# HOSPI +100 et HOSPI +200

## Frais pré et post hospitalisation



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Ce formulaire concerne les frais **liés à une hospitalisation**, 30 jours avant l'admission et 90 jours après la sortie.  
Veuillez compléter **toutes** les rubriques

### Données personnelles

Vignette d'identification du patient

Téléphone ou GSM : .....

Adresse e-mail : .....

### A. Assurance

La personne hospitalisée est-elle couverte par **une autre assurance hospitalisation** ou par un autre organisme (fonds social ...) ?

OUI  NON

### B. Hospitalisation

Hospitalisation du \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ au \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dénomination de l'établissement : .....

### C. Accident

L'hospitalisation est-elle la suite d'un accident ? OUI  NON  Si oui, date de l'accident : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Type d'accident : .....

### D. Informations pour le paiement

Les interventions de votre assurance seront versées sur le compte connu auprès de la mutualité pour vos remboursements de soins de santé. Si vous souhaitez que les interventions soient versées sur un autre compte, prenez contact avec votre mutualité avant d'introduire le présent formulaire.

### E. Relevé des prestations(\*)

- Voir relevé des prestations en annexe : relevé établi par le conseiller mutualiste, quittance(s), M30...
- Voir pièces justificatives en annexe. Les documents fournis doivent être des originaux.

### Cession de créance

Je soussigné(e) .....  
cède à la Société mutualiste SOLIMUT / MC Assure tous  
mes droits relatifs à d'éventuels indus découlant du  
paiement des prestations relevées en annexe

Certains montants repris sur les attestations de soins peuvent également être prises en charge par la législation sur le « Maximum à facturer ». Afin d'éviter un double remboursement de ces montants, j'autorise ma mutualité à communiquer à SOLIMUT / MC Assure (voir verso) les informations sur l'état de mes remboursements dans le cadre du « Maximum à facturer ». Ces informations ne seront utilisées par SOLIMUT / MC Assure que pour le traitement de mon dossier.

Je soussigné(e) déclare que les renseignements ci-dessus sont conformes à la réalité et je déclare avoir pris connaissance des clauses juridiques reprises ci-après. Je m'engage à porter toute rectification de facture à la connaissance de MC Assure.

Date : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Signature : .....

## En pratique

Mutualité chrétienne du Brabant Wallon  
Boulevard des Archers, 54 - 1400 NIVELLES  
Tél. 067/89.36.36

Mutualité chrétienne Hainaut Picardie  
Rue Saint-Brice, 44 - 7500 TOURNAI  
Tél. 069/25.62.11

Mutualité chrétienne de la Prov. de Luxembourg  
Rue de la Moselle, 7-9 - 6700 ARLON  
Tél. 063/21.17.11

Mutualité Saint Michel  
Bld Anspach, 111-115 - 1000 BRUXELLES  
Tél. 02/501.58.58

Mutualité chrétienne du Hainaut Oriental  
Rue du Douaire, 40 - 6150 ANDERLUES  
Tél. 071/54.85.48

Mutualité chrétienne de Liège  
Place du XX Août, 38 - 4000 LIEGE  
Tél. 04/221.73.48 - [hospi.liege@mc.be](mailto:hospi.liege@mc.be)

Mutualité chrétienne de la Province de Namur  
Rue des Tanneries, 55 - 5000 NAMUR  
Tél. 081/24.48.11

Mutualité chrétienne de Verviers-Eupen  
Rue Lucien Defays, 77 - 4800 VERVIERS  
Tél. 087/30.51.11

**(\*) Informations relatives à ce document :** Le relevé des frais médicaux reprend les frais (30 jours avant l'admission et 90 jours après la sortie), liés à l'hospitalisation. Veuillez toujours joindre les pièces justificatives en votre possession (quittance de remboursement, copie d'attestation de soins, facture de polyclinique ou de laboratoire).

**Ne sont pas couverts :** Soins et prothèses dentaires, médicaments, frais de transport, frais de revalidation, appareil auditif, lunettes et lentilles, soins de médecine parallèle.

### Quelques conseils

Vous êtes couvert(e) par une assurance autre que celle proposée par la Mutualité chrétienne : nous pourrions intervenir, dans les limites de nos règlements, sur les montants non couverts par cette assurance sur présentation de la note de calcul de cet organisme et d'une copie des attestations.

### Cession de créance

En signant ce document, vous donnez la possibilité à la mutualité de récupérer, auprès de l'établissement hospitalier, des montants qui vous auraient été facturés erronément. Ces montants vous seront remboursés dans le cadre de l'assurance hospitalisation.

### Notre service «Défense des membres»

En cas de désaccord avec un établissement hospitalier au sujet de votre hospitalisation, vous pouvez contacter le service «Défense des membres» de votre mutualité. Celui-ci vous aidera dans les démarches à accomplir (voir coordonnées des Mutualités chrétiennes ci-dessus).

### Clauses juridiques

J'autorise ma mutualité à transmettre à MC Assure les données de mon dossier pour les assurés repris dans la police (données administratives, factures et interventions, dossier accident...) afin :

- d'améliorer le traitement et l'exactitude de mon dossier d'assuré
- d'informer les assurés, le cas échéant de manière proactive
- de veiller au respect des conditions du contrat d'assurance et notamment de récupérer ses interventions dans les sinistres avec tiers responsable
- de fournir et gérer ses services d'assurance, y compris en réalisant des statistiques.

J'autorise MC Assure à transmettre à ma mutualité les informations nécessaires du dossier MC Assure des assurés couverts par la police pour la bonne application des services et avantages MC et de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

MC Assure ne transmet pas ces données à des tiers sauf dans la mesure où ce serait nécessaire pour l'exécution du contrat d'assurance et/ou pour le respect de droits et d'obligations légales dans le chef de MC Assure (ex. : récupération auprès du tiers responsable).

Je peux obtenir les informations dont dispose MC Assure au sujet des assurés couverts par la police.

Je peux demander de corriger ou de supprimer les données inexactes. J'ai le droit de m'opposer à leur utilisation à des fins de marketing direct. A cette fin, j'adresse à la SMA MC Assure une demande écrite, datée et signée avec une copie de ma carte d'identité.

### Gestion des plaintes

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à l'Ombudsman de l'ANMC - Chaussée de Haecht 579 BP 40 - 1031 Schaerbeek. Elles peuvent également être déposées auprès du Service Ombudsman Assurances, à 1000 Bruxelles, square de Meeûs 35. Tél. : 02/547 58 71 - Fax : 02/547 59 75 - [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as).