



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

## Maladie grave ou coûteuse

### Relevé annuel des dépenses

Valable pour vos dépenses à partir du 01-01-2017

#### A. Renseignements généraux

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

N° d'inscription : .....

Téléphone ou GSM : .....

Adresse mail : .....

Ou veuillez coller une vignette

Type d'assurance hospitalisation

Hospi +

Hospi +100

Hospi +200

#### B. Informations pour le paiement

L'intervention sera versée sur le compte bancaire habituel, connu de nos services.

#### C. Relevé des dépenses

Année concernée :

Veuillez nous adresser une seule fois ce relevé avant le 31 décembre de l'année suivant l'année concernée de dépenses.

Pour donner accès à une intervention en plus du forfait qui vous a été versé, vos dépenses admissibles doivent être supérieures à

- **200 euros** si vous êtes couvert par Hospi +
- **400 euros** si vous êtes couvert par Hospi +100 ou Hospi +200

Vous serez remboursé de 50 % du montant de vos dépenses admissibles sous déduction du forfait qui vous aura été versé (100 euros pour Hospi + et 200 euros pour Hospi +100 ou +200), avec un plafond d'indemnisation total (forfaits et remboursements sur base de vos dépenses) de 250 euros pour Hospi + et de 2.000 euros pour Hospi +100 ou +200.

Type de dépenses	Justificatifs à joindre
Médicaments / Produits non remboursables	Modèle BVAC délivré par le pharmacien ( <i>voir aussi au verso</i> ).
Transports / Déplacements / Parking	Titres de transport en commun ( <i>voir aussi au verso</i> ). Attestation de kilométrage, ticket de parking.
Bandagisterie / Orthopédie non remboursable	Facture ou attestation de fourniture délivrée par le fournisseur ( <i>voir aussi au verso</i> ).
Diététicien / Ergothérapeute / Esthéticien / Podologue / Psychologue / Ostéopathe / Acupuncteur / Chiropracteur	Facture ou reçu ou attestation établie par le prestataire de soins ( <i>voir aussi au verso</i> ).
Traitement pour préservation de la fertilité	Facture de l'établissement où le traitement a lieu

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que ces dépenses n'ont fait l'objet d'aucune intervention et sont en lien avec la pathologie déclarée.

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

Signature : .....

*Ce document, dûment complété et signé, doit être retourné à votre mutualité régionale*



## En pratique

**Rappel : uniquement les frais en lien avec la pathologie seront pris en compte.**

- ◆ **Médicaments / Produits non remboursables :**  
Uniquement ceux n'ayant fait l'objet d'aucune intervention.  
Sur présentation des pièces justificatives originales.
- ◆ **Transports / Déplacements / Parking :**  
Uniquement ceux n'ayant fait l'objet d'aucune intervention.  
Reçu ou ticket du transport ou du parking.  
Véhicule privé : relevé précisant la ou les dates des trajets, lieux de départ et d'arrivée (coordonnées du centre médical ou prestataire), le kilométrage aller-retour.
- ◆ **Bandagisterie / Orthopédie non remboursable :**  
Facture ou attestation de fourniture à réclamer au fournisseur.
- ◆ **Diététicien / Ergothérapeute / Esthéticien / Podologue / Psychologue / Ostéopathe / Acupuncteur / Chiropracteur :**  
Facture ou attestation à réclamer au prestataire.
- ◆ **Traitements pour préservation de la fertilité :**  
Lorsque le patient correspond aux conditions définies à l'article 76 bis de l'A.R. du 4 juin 2003.  
Sur présentation des pièces justificatives originales.

## 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.