FORMULAIRE D'HOSPITALISATION Medi-Card®
S28/4 F – Procédure BACK-up

Renseignements à fournir par la personne hospitalisée ou son représentant légal endéans les 5 jours suivant l'entrée à l'hôpital via fax ou par courrier : **DKV Belgium S.A. | Bd Bischoffsheim 1-8 | 1000 Bruxelles**
Mediphone : **32 (0)2 287 64 11 | Medifax : 32 (0)2 278 22 22 | Medimail : medicard@dkv.be**

N° Medi-Card®: 0 7 3 9 _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Date d'admission:** _ _ / _ _ / 2 0 _ _

Nom / prénom de la personne hospitalisée: _____

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

Adresse de la personne assurée: _____

Téléphone: _____ **Fax:** _____ **e-mail:** _____

Statut mutuelle: ☐ gros et petits risques ☐ gros risques ☐ sans

Assurance complémentaire mutuelle ? ☐ Oui ☐ Non **Si oui, nom:** _____

Hospitalisation en: ☐ chambre privée / 1 lit ☐ chambre 2 lits ☐ chambre commune

Hospitalisation de jour (One-day) **en**: ☐ chambre 1 lit ☐ chambre 2 lits ☐ chambre commune

Nom, site et adresse de l'institution hospitalière: _____

N° INAMI : _____ **N° Provider :** _____

MALADIE	**Nature précise de la maladie:**					
	Date de sa première apparition:					
	Causes de la maladie:					
	Nature du traitement:					
ACCIDENT	**Nature de l'accident:**	☐ Privé	☐ Travail	☐ Scolaire	☐ Sport (comme membre d'un club)	
	Nature des lésions:					
	Nature du traitement :					
	Date et heure de l'accident:					
	Lieu, causes et circonstances de l'accident:					
	Tierce personne impliquée ?	☐ Oui	☐ Non			
DIVERS	**Raison:**	☐ Accouchement	☐ Insém. artificielle	☐ Stérilisation	☐ Traitement esthétique	☐ Autre
	Si autre, description et cause:					
	Nature du traitement:					

Déclaration de la personne hospitalisée ou de son représentant légal:
Je déclare les informations susmentionnées sincères et véritables,
J'autorise l'hôpital à envoyer les factures directement à DKV Belgium S.A.,
J'autorise DKV Belgium S.A à payer directement l'hôpital,
J'autorise l'hôpital et DKV Belgium S.A à se transmettre par voie électronique ma facture d'hospitalisation en faisant appel à un transporteur externe pour l'organisation de cette transmission électronique, pour autant qu'une convention soit conclue entre les 2 organismes (l'hôpital et DKV Belgium S.A).
Dans le cadre de cette transmission électronique des données de facturation, j'autorise aussi le traitement de mes données à caractère personnel par le transporteur lors, notamment, des opérations de maintenance et de support des programmes et du matériel.
Je m'engage à respecter les droits et obligations liés à l'usage de la Medi-Card®, dont les conditions me sont parvenues en même temps que la carte elle-même.

Signature

Pour accord

Date: **……/……/20…**

Een onderneming van de ERGO verzekeringsgroep. Ondernemingnummer toegekend onder nr. 0739 om de tak 2 -ziekte- te beoefenen. - Une entreprise du groupe d'assurances ERGO. Entreprise agréée sous le n° 0739 pour la branche 2 -maladie-.

DKV Belgium S.A./N.V. | bd Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Bruxelles/Brussel | tél.: 32 (0) 2 287 64 11 | fax: 32 (0) 2 287 64 12 | contact@dkv.be | www.dkv.be | R.P.R. / R.P.M. 0414858607 | Trib. Comm. Bruxelles/ Rbkh Brussel