

DEMANDE DE RECONNAISSANCE D'UNE MALADIE GRAVE

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 0800/231 00

A. Renseignements généraux de la personne pour qui la reconnaissance est introduite

Nom, Prénom :

Date de naissance : / /

B. Identité de la personne qui introduit la demande

À compléter uniquement si cette personne n'est pas celle mentionnée au point A.

Nom, Prénom :

Adresse :

En soumettant le présent document, je consens dès à présent et pour toute demande future, pour moi-même et mes bénéficiaires éventuels à ce que :

- Solidaris Assurances traite les données à caractère personnel relatives à la santé, conformément à l'article 9 du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016 et, le cas échéant, puisse les transmettre au médecin-référent de Solidaris Assurances et/ou à ma mutualité, agissant en qualité d'intermédiaire d'assurances, exclusivement aux fins de gestion de mon dossier.
 - Ma mutualité , en sa qualité d'intermédiaire d'assurances, puisse transmettre à Solidaris Assurances toute information nécessaire au traitement de mon dossier d'indemnisation, dans le respect des règles de confidentialité et de sécurité prévues par la législation en vigueur.
- Je m'engage également à tout mettre en oeuvre pour fournir à Solidaris Assurances toute information relative à mon état de santé et celui de mes bénéficiaires éventuels en cas de nécessité.

Les informations échangées entre Solidaris Assurances et la mutualité sont reprises dans la politique de Solidaris Assurances en matière de protection des données qui est disponible sur notre site <https://www.solidaris-wallonie.be/page-legale/sma-politique-de-vie-privee>

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 conservées dans ses fichiers à cette fin.

Le verso de ce document est à remplir par un médecin.

**Un rapport descriptif de la prise en charge réalisée
et en cours doit être obligatoirement joint.**

C. Questionnaire à remplir par le médecin

Liste des maladies couvertes par l'assurance Ambulatoire Maladies Graves :

Alzheimer, aplasie de la moëlle osseuse, cancer, charbon, choléra, démence à corps de Lewy, démences neurodégénératives (fronto-temporale vasculaire et mixte), diabète de type I, diptéria, encéphalite, fièvre typhoïde et paratyphoïde, glycogénose de type II (maladie de Pompe), granulomatose, hémophilie A et B, insuffisance rénale qui nécessite une dialyse, leucémie, maladie de Creutzfeldt-Jakob, maladie de Crohn, maladie de Hodgkin, méningite cérébro-spinale, mucoviscidose, myélodysplasie, myélofibrose, myopathies progressives héréditaires, neuromyélite optique, Parkinson, poliomyélite, recto-colite, sclérodermie, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot), sida, tétanos, tuberculose active, typhus exanthématique, variole et infection par VIH (virus de l'immunodéficience humaine).

Description précise de l'affection actuelle :
.....

Date d'apparition des premières manifestations :/...../.....

Identité et adresse du (des) médecin(s) s'occupant de l'affilié(e) pour cette affection :
.....

Depuis quand traitez-vous l'assuré pour cette maladie ?

Identité et cachet du médecin :
.....
.....

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

Un rapport descriptif de la prise en charge réalisée et en cours **doit être obligatoirement joint.**

Afin de conserver la confidentialité de ces documents, veuillez adresser ceux-ci à l'attention du médecin référent du service Solidaris Assurances - rue Saint-Jean, 32-38 - 1000 Bruxelles ou rue Douffet, 36 - 4020 Liège ou place de la Mutualité, 1 - 6870 Saint-Hubert