

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Veillez compléter ce formulaire en **LETTRES CAPITALES**. Ce document (en version PDF modifiable) est également disponible sur notre site Internet : <https://www.allianzcare.com/fr/assurance-sante-internationale-pour-particuliers/produits-et-services/couvertures-internationales-specialisees/eurosante.html>

Envoi simple et rapide des demandes de remboursement grâce à l'application MyHealth

<https://www.allianzcare.com/fr/myhealth.html>



## 1 INFORMATIONS SUR LE SOUSCRIPTEUR

Numéro de police

Prénom

Nom

Date de naissance  /  /

Adresse de correspondance

Numéro de téléphone  INDICATIF PAYS  INDICATIF RÉGIONAL

E-mail

## 2 INFORMATIONS SUR LE PATIENT (SI DIFFÉRENT DU SOUSCRIPTEUR)

Prénom

Nom

Date de naissance  /  /  Sexe : Masculin  Féminin

## 3 INFORMATIONS SUR LE PAIEMENT

**Option 1:** Remboursement au prestataire médical\* (par ex. hôpital, spécialiste)  (Les détails bancaires ci-dessous ne sont pas requis pour cette option)

**Option 2:** Remboursement à l'assuré

Mode de remboursement souhaité : Virement bancaire\*\*  Chèque\*\*\*

Veillez préciser la devise dans laquelle vous souhaitez être remboursé (assurez-vous que votre compte bancaire accepte la devise choisie)

Nom du titulaire du compte tel qu'il apparaît sur votre relevé bancaire

Numéro de compte

IBAN (lorsque requis)\*\*\*\*

Clé/Code agence  Code BIC/Swift\*\*\*\*

Nom de la banque

Adresse de l'agence

Si des informations supplémentaires sont nécessaires pour effectuer des transactions internationales dans votre pays (par ex. : code apporteur, numéro de taxe), veuillez les indiquer ici :

Code Swift de la banque intermédiaire (lorsque applicable)

\* Si vous n'avez pas payé le prestataire de santé.

\*\* Pour un virement bancaire, veuillez indiquer vos coordonnées bancaires.

\*\*\* Les chèques à l'ordre du souscripteur seront envoyés à l'adresse de correspondance fournie en section 1.

\*\*\*\* Si votre banque est domiciliée dans l'Union européenne ou si votre pays requiert le numéro IBAN (par ex. Qatar, Arabie saoudite, Angola, Tunisie, Turquie), veuillez à indiquer le numéro IBAN et le code BIC/Swift afin de permettre le paiement de vos remboursements.

## 4 INFORMATIONS SUR LE SINISTRE

**Veillez remplir toutes les sections du tableau suivant à l'aide des informations figurant sur chaque facture/reçu. Veillez noter que pour tous frais médicaux en Chine, une facture Fa Piao doit être soumise avec toute demande de remboursement. Si le diagnostic/problème de santé n'apparaît pas sur la facture/reçu, veuillez-vous assurer de nous fournir cette information ci-dessous. S'il n'y a pas suffisamment d'espace dans le tableau suivant, veuillez utiliser une page séparée.**

Description des frais/traitement	Diagnostic/problème de santé	Nom du prestataire	Montant facturé/de devise	Montant remboursé par le RCAM	Avez-vous réglé cette facture ?
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Dans quel pays le traitement a-t-il eu lieu ?

*Si cette demande résulte d'un accident ou d'une maladie/accident du travail et si vous êtes titulaire d'une autre police d'assurance, par exemple une assurance automobile, ou si vous avez porté plainte ou intenté un procès envers un tiers, y compris une compagnie d'assurances, afin de recouvrer les frais engendrés par cet accident/blessure, veuillez fournir plus de détails dans un document séparé.*

**Les sections 5 et 6 doivent être complétées par le médecin traitant, à moins que ces détails n'apparaissent sur les documents justificatifs (par ex. facture).**

## 5 INFORMATIONS SUR LE PRESTATAIRE MÉDICAL

Nom du médecin/spécialiste

Qualification/spécialité

Nom de l'hôpital/clinique

Adresse

Numéro de téléphone INDICATIF PAYS  INDICATIF RÉGIONAL

Fax INDICATIF PAYS  INDICATIF RÉGIONAL

E-mail

**Pour les demandes de remboursement de kinésithérapie ou psychothérapie uniquement, veuillez fournir toutes les références suivantes :**

Nom du médecin référent

Numéro de téléphone INDICATIF PAYS  INDICATIF RÉGIONAL

Date à laquelle votre médecin vous a orienté   /   /



