

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT POUR PRESTATAIRES MÉDICAUX

Ce document est également disponible (en version PDF modifiable) sur notre site Internet : <https://www.allianzcare.com/fr/prestataires-de-sante/procedure-de-reglement-direct.html>. Si vous décidez de le remplir à la main, veuillez utiliser des **LETTRES CAPITALES**.

## 1 INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Numéro de police

Prénom

Nom de famille

Date de naissance  /  /

Adresse de correspondance

Numéro de téléphone INDICATIF PAYS  INDICATIF REGIONAL

E-mail

## 2 INFORMATIONS MÉDICALES

Indiquez le type de pathologie : Aiguë  Chronique  Épisode aigu d'une pathologie

Merci d'indiquer les détails des symptômes/de la pathologie ayant nécessité le traitement :

Codes CIM9/10/DSM-IV

Détails des symptômes/de la pathologie

À quelle date le patient vous a-t-il présenté ces symptômes pour la première fois ?  /  /

À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus chez le patient ?  /  /

Le patient a-t-il précédemment souffert de cette pathologie ? Oui  Non

Si oui, à quelle date ?  /  /

Avez-vous connaissance d'un traitement auparavant administré au patient pour cette pathologie ou une maladie liée ? Oui  Non

Si oui, veuillez préciser

Le problème est-il susceptible de réapparaître ? Oui  Non

Nécessite-t-il une rééducation ? Oui  Non

Est-il permanent ? Oui  Non

Requiert-il une surveillance, des consultations, des bilans de santé, des examens ou des tests sur le long terme ? Oui  Non

Veuillez indiquer le numéro de référence de la garantie de paiement en relation avec ce traitement (si disponible) :

### À remplir uniquement en cas de grossesse :

Date d'accouchement prévue  /  /

Est-ce que la naissance d'un seul enfant est attendue ? Oui  Non

Si des jumeaux/plusieurs bébés sont attendus, la grossesse est-elle le résultat d'une procréation médicalement assistée ? Oui  Non

Si oui, veuillez fournir des détails

### Pour les demandes de remboursement de kinésithérapie ou psychothérapie uniquement, veuillez fournir toutes les informations suivantes :

Nom du médecin référent

Téléphone INDICATIF PAYS  INDICATIF REGIONAL

Date à laquelle votre médecin vous a orienté  /  /

Signature, date et cachet officiel.

 Signature du médecin

Date  /  /

Cachet officiel du prestataire médical

### 3 LA PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES EST NOTRE PRIORITÉ

La manière dont nous protégeons votre vie privée est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Il s'agit d'une notice importante qui indique la manière dont nous traitons vos données personnelles. Vous devez la consulter avant de nous transmettre vos données personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur : [www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html](http://www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html)


Vous pouvez également nous contacter au + 353 1 630 1303 pour obtenir un exemplaire papier de notre notice sur la protection des données. Pour plus d'informations sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail à : [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

### 4 DÉCLARATION

J'atteste sur l'honneur que cette demande de remboursement ne contient pas d'information fausse, trompeuse ou incomplète. Je comprends que si cette demande s'avère être en partie ou totalement frauduleuse, le contrat pourra être résilié à partir de la date à laquelle la fraude sera découverte et je serai passible de poursuites.

J'accepte de renoncer à mes droits quant au secret médical ou confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical se rapportant à ma pathologie ou mon problème de santé et j'autorise les praticiens, membres de la profession médicale et tout autre établissement médical à communiquer mes dossiers médicaux à Allianz Care, à ses conseillers médicaux ou à ses représentants désignés ou à tout autre tiers expert en cas de litige, sous réserve des restrictions légales applicables.

Si le patient est mineur, cette section doit être datée et signée par un parent ou représentant légal.

 Signature du patient \_\_\_\_\_

Date   /   /

 **Important** – veuillez vérifier que :

- Vous avez joint tous les originaux des reçus, factures et ordonnances.
- Le présent formulaire a été rempli dans son intégralité (y compris le numéro de référence de la garantie de paiement, si disponible).
- Les déclarations sont signées et datées.
- Le diagnostic a été confirmé et figure sur ce formulaire ou les factures.

**Veillez envoyer ce formulaire dûment rempli accompagné des originaux des factures (les photocopies ne sont pas acceptées) à l'adresse suivante :**

Claims Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande

Nous vous recommandons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter notre service téléphonique au : + 353 1 630 1303 ou par e-mail à : [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com). Pour consulter la liste la plus récente de nos numéros gratuits, rendez-vous sur <https://www.allianzcare.com/fr/pages/toll-free-numbers.html>