

Formulaire de demande de remboursement pour prestataires de santé

Vous pouvez également remplir ce formulaire en ligne depuis notre site web : www.allianzcare.com/fr/prestataires-de-sante/procedure-de-reglement-direct.html. Si vous décidez de remplir une version imprimée de ce formulaire, 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 chronique ☐

Merci de fournir des informations détaillées concernant les symptômes/ 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 analyses 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 informations détaillées.

Nom du médecin référent

Numéro de téléphone INDICATIF PAYS INDICATIF REGIONAL

Date à laquelle votre médecin vous a orienté J J / M M / A A A A

Signature du médecin _____

Date

J	J
---	---

 /

M	M
---	---

 /

A	A	A	A
---	---	---	---

3 Vos données personnelles

Vous pouvez également nous contacter au +353 1 630 1303 pour obtenir un exemplaire papier de notre notice sur la protection des données. Pour toute question sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, veuillez nous contacter par e-mail à : AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

4 Déclaration

J'accepte de renoncer à mes droits quant au secret médical ou à la confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical et j'autorise les praticiens, membres de la profession médicale et tout autre établissement médical à communiquer mes dossiers médicaux à Allianz, 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 JJ / MM / AAAA

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.

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

**Claims Department, Allianz, 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 d'assistance téléphonique au : **+ 353 1 630 1303**
ou par e-mail à : **client.services@e.allianz.com**. Pour consulter la liste la plus récente de nos numéros gratuits, rendez-vous sur
www.allianzcare.com/fr/pages/toll-free-numbers.html