Allianz Care

Formulaire d'entente préalable

Bien qu'une entente préalable ne soit pas requise à l'avance pour des **soins d'urgence**, vous-même, votre médecin, un ayant droit ou un collègue devez nous informer de votre hospitalisation **dans les 48 heures suivant l'incident**.

Il est possible de remplir le formulaire d'entente préalable par téléphone en appelant notre service d'assistance téléphonique **(+353 1 630 1303) si les soins doivent être administrés dans les 72 heures.** Avant d'appeler, veuillez réunir le plus d'informations possible, notamment les coordonnées de votre médecin.

Comment remplir ce formulaire ?

Si vous choisissez de remplir ce formulaire en version imprimée, **VEUILLEZ LE REMPLIR EN LETTRES CAPITALES**.

La section 1 doit être remplie dans son intégralité par le patient (ou au nom du patient).

La section 2 doit être remplie dans son intégralité par le médecin.

Veuillez noter que :

- un formulaire incomplet nous retarderait à garantir votre traitement dans la mesure où nous serions obligés de revenir vers vous ou votre médecin pour plus d'informations ;
- la police d'assurance du patient doit être active au moment du traitement ;
- la garantie de paiement est soumise aux conditions générales de la police d'assurance, ainsi qu'à l'évaluation de tous les documents pertinents dont nous avons besoin en rapport avec cette pathologie médicale.

1 Informations sur le patient (à remplir par le patient ou au nom du patient)

Numéro de police

M. ☐ Mme ☐ Autre

Prénom

Nom

Date de naissance J J / M M / A A A A

Veuillez indiquer le **nom de la personne à contacter** au sujet du déroulement de cette procédure

Nom

Lien avec le patient (par ex. lui-même/elle-même, époux(se)/partenaire, parent)

Téléphone INDICATIF PAYS INDICATIF REGIONAL

Téléphone portable INDICATIF PAYS INDICATIF REGIONAL

E-mail

Vos données personnelles

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**

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**.

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 J J / M M / A A A A

Accord concernant la divulgation des données

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), nous avons besoin de votre consentement pour pouvoir traiter vos informations médicales et régler vos dépenses médicales. Si vous ne nous avez pas donné votre consentement, rendez-vous sur **my.allianzcare.com/myhealth/login**, connectez-vous aux Services numériques MyHealth et cochez les champs appropriés. Vous pouvez également télécharger le formulaire de consentement disponible sur **www.allianzcare.com/fr/consent-form**. Un formulaire papier est disponible sur demande. Veuillez noter que chaque personne de plus de 18 ans assurée sous cette police doit donner son consentement.

2 Informations sur le traitement (à remplir par le prestataire de santé)

Vous devez informer Allianz Care de tout traitement supplémentaire nécessaire.

Veuillez noter que les factures doivent être fournies dans un délai de 60 jours suivant la sortie du patient. Si certaines dispositions particulières ont été convenues entre le prestataire de santé et Allianz Care, celles-ci seront appliquées.

Pathologie

Description de la pathologie, signes cliniques et symptômes

Cause sous-jacente (si connue)

Date à laquelle cette pathologie a été diagnostiquée J J / M M / A A A A

Date de la première consultation pour cette pathologie J J / M M / A A A A

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

Diagnostic/Diagnostic provisoire

CIM-9/10 DSM-IV DRG

Veuillez également fournir les éléments suivants en cas de grossesse :

Date à laquelle la grossesse a été confirmée par le médecin J J / M M / A A A A

Date d'accouchement prévue ou effective J J / M M / A A A A

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

Si non, la grossesse résulte-t-elle d'une reproduction médicale assistée ? Oui ☐ Non ☐

Mode d'accouchement

Traitement

Traitement/procédure prévu(e)

Date d'admission prévue J J / M M / A A A A

Pour les traitements aux États-Unis/Royaume-Uni

Code(s) CPT Code(s) CCSD

Description

Coûts

Pour un traitement en Allemagne (DRG), veuillez confirmer le prix de base (Basisfallpreis)

Durée du séjour prévue nuit(s) ☐ / jour(s) ☐ (veuillez cocher la case correspondante)

Un tarif forfaitaire est-il proposé ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, veuillez indiquer le prix et la devise :

Si non, veuillez indiquer le décompte de l'estimation des coûts :

Frais d'hôpital	Honoraires de médecin/anesthésiste	Estimation du coût total et devise

Informations sur le prestataire de santé

Hôpital/établissement	
Adresse (y compris le pays)	
Adresse e-mail (obligatoire)	
Téléphone (y compris l'indicatif pays et l'indicatif régional)	
Fax (obligatoire, y compris l'indicatif pays et l'indicatif régional)	

	Nom du médecin référent	Médecin traitant/responsable de l'admission
Nom		
Adresse e-mail (obligatoire)		
Téléphone (y compris l'indicatif pays et l'indicatif régional)		
Fax (obligatoire, y compris l'indicatif pays et l'indicatif régional)		

Signature, date et cachet officiel.

Toutes les informations indiquées sur ce formulaire sont, à ma connaissance, correctes, exactes et complètes.

Signature du médecin _____

Date J J / M M / A A A A

Cachet officiel du prestataire médical

Merci d'envoyer ce formulaire d'entente préalable dûment rempli au moins cinq jours ouvrés avant le début des soins par :

E-mail à : **medical.services@e.allianz.com** ou
Fax au : **+ 353 1 653 1780** ou
Courrier à : **Medical Services 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 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**

Ce document est une traduction française du document en anglais. La version en anglais est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version anglaise, veuillez noter que la version anglaise est la version légalement engageante et officielle.

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. Enregistrée en France : No. 401 154 679 RCS Bobigny. Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.

FRM-PreAuth-FR-1123