remboursement

MediCare INTERNATIONAL

Veuillez compléter ce formulaire et le renvoyer à:
MediCare International
The Matrix, 9 Aldgate High Street
London EC3N 1AH, England
Téléphone: +44 (0)20 7204 3700
Télécopie: +44 (0)20 7204 3746
E-mail: medicare@medicare.co.uk
Site Web: www.medicare.co.uk

Formulaire de demande de remboursement

VEUILLEZ COMPLÉTER CE FORMULAIRE EN CAPITALES D'IMPRIMERIE ET COCHER LES CASES APPROPRIÉES.
TOUT FORMULAIRE PARTIELLEMENT REMPLI RETARDERA LE RÈGLEMENT DE VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT.
VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR LU LES PROCÉDURES DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT AVANT D'ENVOYER CE FORMULAIRE.

Comment faire une demande de remboursement

Une notification écrite des demandes de remboursement doit être envoyée dans un délai de maximum de 90 jours à compter de la date de la première consultation, même lorsque les originaux des factures ne sont pas encore disponibles. Afin de nous aider à traiter rapidement votre demande de remboursement, merci de bien vouloir :

1. compléter un formulaire de demande de remboursement différent pour chaque demande de remboursement de frais relatifs à une maladie, un accident, un traitement dentaire, une grossesse ou un acte de médecine préventive et pour chaque Assuré
2. vérifier que le médecin ou le dentiste qui vous a soigné a bien rempli toutes les rubriques présentes au verso de ce document
3. vérifier qu'une réponse complète a été apportée à TOUTES les questions (les tirets et les croix ne sont pas recevables)
4. vous assurer que TOUS les traitements dentaires de routine sont pris en charge avec une confirmation de suivi semestriel
5. lors du calcul des remboursements, nous utilisons le taux de change en vigueur au moment du règlement.
6. vous devez nous envoyer les originaux des justificatifs des traitements reçus.
7. **Important : Toutes les demandes de remboursement liées à une hospitalisation, ainsi que toutes les autres demandes de remboursement susceptibles, d'emblée, de dépasser la somme de £2500 doivent être préalablement autorisées par CEGA, faute de quoi l'assuré devra payer £1000 au titre des frais liés aux traitements.:**

Section A – Informations relatives au patient

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ OU PAR SON REPRÉSENTANT LÉGAL

1. Nom complet:
   Titre: ☐ M ☐ Mme ☐ Mlle ☐ Ms Autre
   Surnom:
   Prénoms:
2. Date de naissance:
3. Numéro de Certificat:
4. Sexe: ☐ Homme ☐ Femme
5. Adresse postale complète du demandeur:
   Code postal:
   Pays de résidence:
   Téléphone:
   Télécopie:
   E-mail:

Section B – Informations relatives à la demande de remboursement

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ OU PAR SON REPRÉSENTANT LÉGAL

6. Indiquez la nature de la maladie et la date d'apparition des premiers symptômes:
7. Avez-vous déjà reçu un traitement (y compris des médicaments de prescription) pour cette maladie ou pour toute autre maladie similaire avant cet épisode? Veuillez indiquer les dates et le détail du traitement précédent.
8. Depuis combien de temps présentiez-vous ces symptômes avant de consulter votre médecin?
9. Si la cause de la maladie est liée à un accident, indiquez la date de l'accident et donnez une brève description des circonstances de l'accident et des blessures reçues:
10. Avez-vous souscrit une autre assurance couvrant les prestations de santé?

11. Date du traitement	Liste des dépenses dont vous demandez le remboursement (Les originaux des justificatifs sont obligatoires)	Devise monétaire et montant réglé	Indiquez en détail auprès de qui vous souhaitez que le règlement soit effectué	Devise du règlement

Section B Suite au verso...

Veuillez noter que vos assureurs ont habilité MediCare à gérer les demandes de remboursement pour leur compte sous réserve de certaines restrictions. Si vous ne souhaitez pas que nous agissions en qualité de mandataire à votre service ainsi qu'à celui de vos assureurs et prenions ainsi en main votre demande de remboursement, nous vous prions de nous l'indiquer par retour de courrier. Nous prendrons alors les mesures nécessaires afin que ce soit vos assureurs qui gèrent personnellement votre demande de remboursement.

PROTECTION DES DONNÉES: les informations que vous nous avez fournies vont faire partie des données personnelles détenues par MediCare International et seront utilisées pour la fourniture et la gestion des produits et services d'assurance. MediCare International pourra être amenée à transmettre vos données personnelles à des compagnies d'assurance et à leurs agents à des fins de traitement de votre souscription, de traitement des demandes de remboursement et de prévention des fraudes. En outre, nous pourrons être amenés à contacter d'autres compagnies afin de vérifier les réponses que vous nous avez fournies. Les détails complets de la procédure de traitement des données personnelles par MediCare International figurent dans le registre tenu par le Responsable de l'organisme chargé de la protection des données personnelles.

12. Comptez-vous soumettre d'autres comptes ? Si oui, prière depréciser:

13. Est-ce la suite d'un traitement antérieur ou actuel pour lequel vous avez déjà déposé une demande de remboursement dans le cadre de cette police d'assurance ? Si oui, veuillez détailler et mentionner le numéro de référence de la demande de remboursement:

14. Veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin généraliste habituel:

15. Veuillez indiquer les autres médecins ou chirurgiens qui vous ont traités pour cette maladie ou pour des maladies en rapport:

16. J'autorise (1) l'accès aux informations médicales nécessaires au traitement de cette demande de remboursement et (2) l'utilisation de toute information médicale ou autre donnée personnelle fournie par moi-même ou par mon médecin/dentiste et la transmission de telles informations aux souscripteurs via les agents chargés de traiter la demande de remboursement et, si nécessaire, aux experts sinistre dans le cadre de cette souscription. Je déclare n'avoir reçu aucun avis ou traitement médical, ni présenté aucun symptôme relatifs à la maladie/blessure pour laquelle je soumets aujourd'hui une demande de remboursement dans les deux ans précédant la première date de la présente police d'assurance. (Cette clause ne s'applique pas où l'exclusion relative aux Maladies pré-existantes a été supprimée.) Au meilleur de mes connaissances, tous les détails mentionnés ci-dessus sont factuels.

Signature de l'Assuré ou de son représentant légal :

Date:

LES RUBRIQUES CI-DESSOUS DOIVENT ÊTRE COMPLETÉES PARLE MÉDECIN/DENTISTE TRAITANT

Section C – Informations médicales

À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT

17. Veuillez indiquer la date à laquelle le patient vous a consulté pour la première fois pour cette maladie ou pour une maladie similaire ou en rapport:

18. Quand sont apparus les symptômes pour la première fois?

19. Veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin référant:

Code postal:

Téléphone:

Télécopie:

E-mail:

20. Veuillez indiquer votre diagnostic concernant cette maladie/blessure:

21. La maladie peut-elle raisonnablement être considérée comme une maladie congénitale ou comme une anomalie congénitale? Si oui, veuillez détailler:

22. Veuillez dresser l'historique de cette maladie ou de toute maladie en rapport ou similaire, en indiquant les dates de tout traitement ou examen antérieur:

23. Si tout ou partie du traitement a été prescrit dans le cadre d'un acte de chirurgie esthétique, veuillez indiquer le montant ou la part des coûts encourus:

24. Avez-vous une raison de penser qu'un traitement a déjà été prescrit antérieurement pour la même maladie ou pour une maladie similaire? Si oui, veuillez détailler:

25. En cas de demande de remboursement liée à une maternité, veuillez indiquer la date prévue d'accouchement et la date à laquelle la patiente vous a consulté pour la première fois pour cette grossesse:

Signature du médecin traitant:

Veuillez indiquer vos qualifications

Section D – Informations relatives à des soins dentaires de routine

À COMPLÉTER PAR LE DENTISTE TRAITANT

a. Le patient a-t-il effectué un contrôle de routine au cours des 6 derniers mois et tous les soins nécessaires ont-ils été effectués?

b. Selon vous, le patient a-t-il appliqué une hygiène dentaire adéquate?

c. Veuillez décrire les besoins dentaires relatifs à cette demande de remboursement:

d. Veuillez indiquer votre nom et votre adresse:

Code postal:

Téléphone:

Télécopie:

E mail:

Signature du dentiste traitant:

Veuillez indiquer vos qualifications