

INSTRUCTIONS

POUR NOUS AIDER A REGLER VOTRE RECLAMATION , PRIERE DE :

- 1.- Taper ou écrire en caractère d'imprimerie toutes les réponses pour chaque assuré
- 2.- Compléter toutes les questions nécessaires, puis dater et signer cette forme.
- 3.- S'assurer que le médecin traitant a bien complété la section « C » au verso , et qu'il a daté et signé cette section.
- 4.- Retourner cette forme avec les originaux des factures , des reçus et des prescriptions dans un délai de 90 jours à partir du jour de la maladie ou de l'accident, à l'adresse ci-après. (les reçus de caisse ou de cartes de crédit ne seront pas acceptés).
- 5.- Compléter une nouvelle forme pour chaque maladie ou accident. Si le dépendant est un élève de plus de 18 ans , prière d'envoyer un certificat de l'école ou de la faculté afin de confirmer son statut d'élève ou d'étudiant.

1

Nom et Prénom de l'assuré principal: _____

Date de Naissance: _____ Numéro de Police: _____ Numéro de certificat: _____

Nom de l'employeur: _____

Adresse de l'assuré: _____

Téléphone de l'assuré: _____ E-mail de l'assuré : _____

Etes-vous couvert par une assurance maladie autre que celle de la AIC ? **Oui** **Non**

Si "oui", indiquez le nom, l'adresse, le numéro de téléphone de la Compagnie d'Assurance et la date de prise d'effet de la couverture?

2 SI LE PATIENT EST UN DÉPENDANT, PRÉCISER:

Nom et Prénom du dépendant assuré: _____

Date de Naissance: _____

Le dépendant est-il couvert par une assurance maladie autre que celle de la AIC? **Oui** **Non**

Si "oui", indiquez le nom, l'adresse, le numéro de téléphone de la Compagnie d'Assurance et la date de prise d'effet de la couverture?

3 S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT, PRÉCISER:

Date de l'accident: _____ Lieu de l'accident: _____

Comment l'incident est-il arrivé? _____

S'agit-il d'un accident de travail? **Oui** **Non**

4 RELEVÉ DES DÉPENSES SOUMISES

Description	Montant	Description	Montant

Je certifie que tous les renseignements sus-mentionnés sont sincères et corrects. Par la présente, j'autorise tout médecin, institution médicale, hôpital, pharmacie, laboratoire, compagnie d'assurance, employeur, à fournir à AIC ou à son représentant éventuel, tous les renseignements nécessaires (y compris copie de dossier) au règlement de cette réclamation. Une photocopie de la présente autorisation fera foi aussi bien que l'original.

Signature de l'Employé: _____ Signature du patient: _____ Date: _____

Si le patient est mineur, le parent

Section B (à être rempli par l'employeur)

Date : _____

Date de prise d'effet de l'Assurance: _____ Numéro de Police: _____

Certifié par: _____

Signature

FORMULAIRE D'INDEMNITÉS MÉDICALES

Section C (à être rempli par le Médecin traitant)

Nom et Prénom de l'assuré principal: _____

Nom et Prénom du patient assuré: _____ Date de Naissance: _____

Date de l'apparition des premiers symptômes: _____

Le patient a-t-il reçu des soins auparavant pour un cas pareil? **Oui** **Non** Si oui précisez? _____

1 Date de la première consultation du patient: _____ No. de confirmation
Date de l'accident ou apparition des symptômes: _____

2 Diagnostic ou impression clinique: _____

Conditions associées: _____

État de santé actuel: _____

3 Situation de grossesse et informations relatives
Date des dernières règles: _____ Date de la première consultation: _____
Informations complémentaires ou complications: _____

4 État de santé actuel: le patient vous a-t-il déjà consulté pour un cas pareil? **Oui** **Non**
Si oui, prière d'indiquer la date et la nature des traitements: _____

Le patient est-il toujours sur votre surveillance? **Oui** **Non** Date d'incapacité de travailler: du _____ au _____

5

Date des soins	Lieu	Description complète des soins chirurgicaux ou médicaux prodigués	Coût des soins	Unité	
				HTG <input type="checkbox"/>	USD <input type="checkbox"/>
				HTG <input type="checkbox"/>	USD <input type="checkbox"/>
				HTG <input type="checkbox"/>	USD <input type="checkbox"/>
				HTG <input type="checkbox"/>	USD <input type="checkbox"/>
				HTG <input type="checkbox"/>	USD <input type="checkbox"/>
				HTG <input type="checkbox"/>	USD <input type="checkbox"/>
				HTG <input type="checkbox"/>	USD <input type="checkbox"/>
				HTG <input type="checkbox"/>	USD <input type="checkbox"/>

Avance du patient: Balance dûe: Coût Total:

Remarques additionnelles relatives aux soins: _____
(veuillez utiliser une feuille complémentaire au besoin)

CPT: Terminologie de Procédure Courante

+O: Clinique du Médecin **IH:** Hôpital d'Internement **OL:** autre établissement
H: Domicile du Patient **OH:** Hôpital pour externes

6 Nom du Médecin traitant: _____ NIF: _____

Titre: _____ No Licence du Médecin _____

Adresse: _____ Téléphone(s): _____

Signature et sceau du Médecin: _____ Date: _____

7 Bénéfice de l'indemnité

Je soussigné(e), _____, reconnais avoir reçu les soins ci-dessus décrits par le médecin et accepte que le coût total ainsi que la balance dûe correspondent à mon arrangement financier avec le médecin.

Je demande que l'indemnité qui m'est destinée conformément à la Police, soit versée à _____

Signature de l'Assuré: _____ Date: _____

CONFIDENTIEL SAUF PERSONNEL AUTORISÉ
