

FORMULAIRE D'INDEMNITÉS MÉDICALES / DENTAIRE

Section A (à être rempli par l'employé)

INSTRUCTIONS POUR NOUS AIDER A RÉGLER VOTRE RÉCLAMATION, PRIÈRE 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 et numéro de téléphone de la Compagnie d'Assurance ? _____

2. SI LE PATIENT EST UN DÉPENDANT, PRÉCISER:

Nom et Prénom du dépendant assuré _____

Date de Naissance: _____ Téléphones: (509) _____

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

Si "oui", indiquez le nom, l'adresse et numéro de téléphone de la Compagnie d'Assurance _____

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. S'IL S'AGIT D'UNE MALADIE, PRÉCISER:

Nature de la maladie et date de l'apparition des premiers symptômes: _____

Avez-vous reçu des soins auparavant pour un cas pareil? Oui Non

Si oui, indiquez le nom et l'adresse du médecin qui vous a prodigué ses soins? _____

5. 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 de l'Employé: _____ Date: _____

Si le patient est mineur, le parent

FORMULAIRE D'INDEMNITÉS MÉDICALES / DENTAIRE

Section B (à être rempli par l'employeur)

Date :

Date de prise d'effet de l'Assurance :

Numéro de Police :

Certifié par Responsable de groupe :

Signature : _____

Section C (à être rempli par le Médecin traitant)

1. Date de la première consultation du patient :

No. de confirmation :

2. Diagnostic :

Plan de traitement proposé :

3. L'état du patient est-il dû à un accident ?

Oui

Non

Si oui, indiquez la date de l'accident:

Le patient est-il toujours sur votre surveillance ?

Oui

Non

4.

Date des soins Jour -Mois-Année	Numéro de dent(s)	Description complète des actes dentaires (Préciser le nombre de séance pour les prophylaxies)	Coût des actes	Unité	
				HTG	USD
				HTG	USD
				HTG	USD
				HTG	USD
				HTG	USD
				HTG	USD
				HTG	USD
				HTG	USD
				HTG	USD

Avance du patient :

Balance dûe :

Coût Total :

Remarques additionnelles relatives aux actes:

(veuillez utiliser une feuille complémentaire au besoin)

FORMULAIRE D'INDEMNITÉS MÉDICALES / DENTAIRE

Section C (à être rempli par le Médecin traitant)

5. Cocher ou préciser les actes et les numéros de dent sur le schéma

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| Prophylaxie /Detartrage | Nbre de séances |
| Endodontie | Extraction |
| Restauration | Prothèse Partielle / Totale |
| Autres préciser : | |
| Autres préciser : | |
| Autres préciser : | |



6. Nom du dentiste :

NIF :

Titre :

No Licence du dentiste :

Adresse :

Téléphone(s) :

Signature et sceau du dentiste : _____ 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 due 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 : _____