

FORMULAIRE D'INDEMNITÉS MÉDICALES

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 :

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

Section B (à être rempli par l'employeur)

Date :

Date de prise d'effet de l'Assurance :

Numéro de Police :

Certifié par:

Signature : _____

Section C (à être rempli par le Médecin traitant)

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	USD
				HTG	USD
				HTG	USD
				HTG	USD
				HTG	USD
				HTG	USD
				HTG	USD
				HTG	USD
				HTG	USD

Avance du patient :

Balance due :

Coût Total :

Remarques additionnelles relatives aux soins: _____

(veuillez utiliser une feuille complémentaire au besoin)

Section C (à être rempli par le Médecin traitant)

CPT: Terminologie de Procédure Courante

+O: Clinique du Médecin
IH: Hôpital d'Internement

H: Domicile du Patient
OH: Hôpital pour externes

OL: autre établissement

FORMULAIRE D'INDEMNITÉS MÉDICALES

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 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 : _____