

FEUILLE DE REMBOURSEMENT POUR COMPTE ASSUREUR

Société : Assureur : Téléphone :

Patient : N° Matricule ASCOMA CI Santé :

Assuré (e) : N° Matricule ASCOMA CI Santé :

Affection :

S'agit-il d'un accident ? Date et lieu :

En cas d'accident ; circonstances ?

Nom et adresse du tiers responsable :

Son assureur : Constat établi par :

CONSULTATIONS

DATE	ACTES	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN
------	-------	------------	-----------------------------------

DATE	ACTES	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN
------	-------	------------	-----------------------------------

PHARMACIE

DATE	ACTES	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PHARMACIEN
------	-------	------------	--------------------------------------

DATE	ACTES	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PHARMACIEN
------	-------	------------	--------------------------------------

BIOLOGIE

DATE	ACTES	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRESTATAIRE
------	-------	------------	---------------------------------------

RADIOLOGIE

DATE	ACTES	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRESTATAIRE
------	-------	------------	---------------------------------------

AUTRES

DATE	ACTES	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRESTATAIRE
------	-------	------------	---------------------------------------

OBLIGATIONS A RESPECTER POUR PRETENDRE A UN REMBOURSEMENT

- 1 - Remplir entièrement le verso du présent imprimé.
- 2 - Adresser ce document complété à l'Assureur ou à son Représentant dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date de l'accident ou de la consultation médicale en cas de Maladie.
- 3 - Remettre à l'Assureur ou son Représentant les originaux des notes d'honoraires et les ordonnances acquittées, datées et mentionnant les nom et prénoms de l'assuré.
- 4 - Pour les traitements soumis à la formalité de l'entente préalable l'assuré doit AVANT D'ENGAGER SES FRAIS adresser à l'attention du Médecin-Conseil de l'Assureur une demande d'entente préalable établie et signée par le Praticien qui prescrit le traitement ou l'hospitalisation. Cette demande doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception et être accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires.

Les principaux actes devant faire l'objet de cette entente préalable sont :

- Médecine Physique : Electrothérapie et traitements par rayons ultra-violets, lumineux, Infra-rouge.
Rééducation.
Massages ou techniques assimilées.
Gymnastique corrective, tractions vertébrales.
Hydrothérapie, thermothérapie, chimiothérapie, physiothérapie.
Traitement des conséquences des affections neurologiques.
Pneumo-Cardiologie.
Rééducation de la parole et du langage des yeux.
Examen au scanner et soins au Laser.
Acupuncture.
- Soins dispensés par les Auxiliaires médicaux : Kinésithérapie – Rééducation – Massage – Gymnastique corrective.
- Soins d'infirmier à domicile – Cure Thermales – Prothèse – Orthopédie.

Cette liste n'étant pas limitative il vous appartient de contacter l'Assureur ou son représentant pour tous soins spéciaux.

- 5 - PROTHESES DENTAIRES : Ces frais sont soumis à la formalité de l'entente préalable.

AVANT D'ENGAGER DES FRAIS, l'Assuré doit adresser à l'attention du Dentiste Conseil de l'Assureur ou son représentant une demande d'entente préalable établie et signée par le Praticien qui prescrit le traitement. Cette demande doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception et être accompagnée de toutes les pièces justificatives.

Cette garantie comporte un maximum de remboursement par an et par personne.

**L'ENUMERATION CI-CONTRE N'ENGAGE PAS L'ASSUREUR AU-DELA
DES PRESTATIONS GARANTIES AU CONTRAT.**