

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Complétez toutes les sections de ce formulaire et joignez-y les factures **originales** acquittées, les copies des ordonnances et des comptes rendus médicaux, ainsi que la copie de votre passeport. Ces documents doivent mentionner les nom et prénom du patient, la date des soins, ainsi que le nom, l'adresse, et le numéro de téléphone du praticien, de l'établissement hospitalier, du laboratoire ou du pharmacien. Les reçus de caisse qui ne font pas apparaître toutes ces informations ne sont pas suffisants (une facture détaillée est indispensable).

Groupez vos demandes de façon à éviter des remboursements de faible montant et prenez la précaution de faire des photocopies de tous les documents avant de les adresser à :

A.C.S. - Service médical
153 Rue de l'Université 75007 Paris, France

Réf. Souscription: _____

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse de correspondance: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

Les soins reçus sont en rapport avec:

Accident: Circonstances (date, lieu, détails): _____

Maladie: Diagnostic et date : _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux en lien direct ou indirect avec l'affection concernée : _____

Date des premiers symptômes : _____

Détails des factures de soins ou Produits médicaux:

Date des soins	Pays	Devise et montant réglé	Soins reçus
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Commentaires: _____

En cas de remboursement je souhaite recevoir:

Un chèque en euros, envoyé à l'adresse française suivante: _____

Un virement bancaire français ou étranger (joindre coordonnées bancaires complètes)

Pour toute demande d'assistance ou prise en charge d'une hospitalisation, contactez Mutuaide Assistance, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7:

• par téléphone
33.1.45.16.43.81

• par télécopie
33.1.45.16.63.92
ou **33.1.45.16.63.94**

• par e-mail
medical@mutuaide.fr