

ASSURANCE MÉDICALE

Demande de Remboursement et de Crédit Ambulatoire et Hospitalier

INFORMATION CLIENT (doit être rempli par l'assuré par l'Entreprise Contractante)

ENTREPRISE CONTRACTANTE		NUMÉRO D'ASSURÉ.	
ASSURÉ			
ADRESSE		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE E-MAIL		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
PATIENT		ÂGE	
OCCUPATION ET/OU ACTIVITÉ DU CLIENT		NATIONALITÉ	
INFORMATION DU COMPTE BANCAIRE: BANQUE		TYPE DE MONNAIE	
CONTINENTAL <input type="checkbox"/>	CREDITO <input type="checkbox"/>	INTERBANK <input type="checkbox"/>	SCOTIABANK <input type="checkbox"/>
		SOLES <input type="checkbox"/>	DOLLARS <input type="checkbox"/>
TYPE DE COMPTE		NUMÉRO DE COMPTE	
COMPTE ÉPARGNE <input type="checkbox"/>	COMPTE COURANT <input type="checkbox"/>	COMPTE PRINCIPAL <input type="checkbox"/>	

PARENTÉ	POINT OF CARE	TYPE OF ACCIDENT	TYPE OF SERVICE
ASSURÉ _____	NAME _____	HOSPITALISATION _____	REMBOURSEMENT _____
CONJOINT _____	CABINET PRIVÉ _____	AMBULATORE _____	CRÉDIT _____
ENFANT _____	CLINIQUE _____	URGENCE _____	
PARENT _____	CENTRE MÉDICAL _____		
AUTRE _____			

CLAUSE DE CONSENTEMENT CONCERNANT LE TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES POUR LES DE

Je donne par la présente mon consentement libre préalable, explicite et sans équivoque à MAPFRE pour inclure mes données personnelles, sensibles ou non, incluses dans ce document, dans ses sites et bases de données, et traiter mes informations dans l'exécution du contrat. Je consens également expressément à la communication de mes données personnelles aux entités et / ou personnes à qui MAPFRE confiera l'exécution de certains activités pour le développement du service contracté et exclusivement à cette fin, sachant que MAPFRE assure la confidentialité de mes données et garantit qu'il ne les partagera pas avec des tiers, sauf comme indiqué dans ce document

_____	_____	_____
DATE	SIGNATURE ET SCEAU DE L'ENTREPRISE CONTRACTANTE	SIGNATURE DE L'ASSURÉ
(RESERVÉ À L'ENTREPRISE)		

CODES	CONTINUITÉ
-------	------------

AUDIT MÉDICAL

CODE OU DEMANDE	CODE OU DEMANDE	CODE OU DEMANDE
_____	_____	_____
DATE	SIGNATURE ET APPROBAT	SIGNATURE ET APPROBAT
_____	_____	_____
DATE	SIGNATURE ET APPROBAT	SIGNATURE ET APPROBAT
_____	_____	_____
DATE	SIGNATURE ET APPROBAT	SIGNATURE ET APPROBAT

NOTE: EN CAS DE REMBOURSEMENT LES DÉPENSES DEVRONT ÊTRE PRÉSENTÉES AU PLUS TARD 30 JOURS APRÈS AVOIR ÉTÉ FACTURÉES ET DE LA FAÇON SUIVANTE: TOUS LES JUSTIFICATIFS DE PAIEMENT (NOTE D'HONORAIRES, FACTURES, RECUS) DOIVENT PORTER NOM DE L'ASSURÉ (PATIENT)

À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN TRAITANT

(Signaler clairement la date du diagnostic ou de début de symptômes, lieux de traitement et nom du médecin traitant)

ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES

MALADIE ACTUELLE (Si accident signaler date et circonstances)

EXAMENS AUXILIAIRES

DIAGNOSTICS

TRAITEMENT MÉDICAL OU CHIRURGICAL

PRONOSTIC

CONCERNANT L'HOSPITALISATION

CLINIQUE	CHAMBRE	HISTOIRE CLINIQUE
----------	---------	-------------------

DATE D'ENTRÉE	DATE DE SORTIE
---------------	----------------

DONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOM	SPÉCIALITÉ	TÉLÉPHONE
-----	------------	-----------

C.M.P	R.E	R.U.C	R.P.I
-------	-----	-------	-------

DATE

SIGNATURE ET CACHET

