

Veillez vous assurer que **Votre** Formulaire de demande est complet et renvoyé dans un délai de six mois à compter de **Votre** premier **soin**. Si votre formulaire n'est pas entièrement complété, il **Vous** sera renvoyé et mettra le processus de **Votre** demande en attente. Veuillez noter qu'Aetna Global Benefits n'est pas responsable des coûts associés au remplissage de ce formulaire ni des coûts associés aux documents ou informations supplémentaires que **Vous** pourrions requérir pour évaluer **Votre** demande. La délivrance de ce formulaire de demande ne constitue en aucun cas une admission.

Si cet espace n'est pas suffisant, veuillez fournir tous les renseignements sur une feuille séparée.

Afin d'appuyer **Votre** demande, il **Vous** faudra envoyer TOUS les formulaires de demande avec le programme des sommes payées par la CPAM ainsi les documents originaux:

Première Administration Services
37, rue Anatole
F-92300 Levallois Perret
France

T: +33 (0) 1 77 68 01 64
F: +33 (0) 1 77 68 01 68
E: AGBPremiereClaims@aetna.com

Informations concernant le Titulaire de la Police

Nom du Titulaire de la Police	Numéro de Police
-------------------------------	------------------

Section A: Renseignements sur le patient – à compléter par le membre adhérent.

1. Nom de famille		
2. Prénom et initiales	3. Date de naissance (Jour/Mois/Année)	
4. Adresse		
5. Numéro de téléphone du contact	6. Fax / Portable	7. Email
8. Avez- Vous une autre assurance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, veuillez fournir les détails sur une feuille séparée.</i>		9. Vos blessures résultent-elles d'un accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, veuillez fournir les détails sur une feuille séparée.</i>

Section B: Demande de remboursement – À compléter par le membre adhérent. Il est essentiel que toutes les informations soient fournies si **Nous** devons procéder à un virement international.

Veillez cocher la case correspondante (là où cela est applicable):

i) Veuillez payer le Docteur / le fournisseur de **soin**.

ii) **Virement bancaire comme suit:**

Utilisez les coordonnées bancaires du dossier pour envoyer un **virement de fonds électronique**.

Utilisez les coordonnées bancaires ci-dessous uniquement pour cette demande.

Utilisez les coordonnées bancaires ci-dessous pour toutes les futures demandes de remboursement jusqu'à nouvelle notification.

Coordonnées bancaires – les informations suivantes doivent être entièrement renseignées. AGB virera les fonds sans aucun frais pour vous; toutefois, nous vous invitons à vérifier auprès de votre banque les frais supplémentaires dont ils pourraient vous faire payer pour ces transactions.

Veillez compléter cette section en lettres MAJUSCULES.

Devise dans laquelle vous souhaitez être remboursé(e): _____

Nom du titulaire du compte (tel qu'il apparaît sur le Relevé d'identité bancaire): _____

Numéro de compte bancaire (ou IBAN): _____

Code d'identification de la banque / Routing Code: _____

Type de routing code: Code SWIFT/BIC CHIPS UID Federal ABA Bank Sort ID Autre _____

Nom de la banque: _____

Adresse de la banque (précisez le pays): _____

Numéro de téléphone de la banque (précisez l'indicatif du pays): _____

iii) **Chèque – Bénéficiaire:** _____ **Devise:** _____

Adresse à laquelle la lettre de règlement doit être envoyée: _____

Veillez conserver un exemplaire pour vos archives

Section C: Déclaration

“Je déclare que toutes les informations, à ma connaissance, fournies dans ce Formulaire de demande sont vraies et correctes. Je comprends également que cette déclaration donne la permission à Aetna Global Benefits et à leurs représentants nommés d’entrer en contact avec toute tierce partie pour obtenir les informations nécessaires pour compléter leur évaluation de cette demande y compris, sans se limiter à, mes **praticiens médicaux** présents et passés. Je déclare et consens que les informations personnelles recueillies ou détenues par Aetna Global Benefits, contenues dans ces formulaires de demande ou obtenues d’une autre manière, peuvent être utilisées par Aetna Global Benefits, ou dévoilées voire transférées à tout organisme interne au Groupe (de sociétés) Aetna, à leurs fournisseurs et associés, dans le monde entier, en vue de 1) fournir une assurance et un service client continu, 2) traiter et rendre effectif le paiement par carte bancaire, 3) générer des statistiques afin de fournir du matériel de marketing concernant les services liés aux assurances de Aetna Global Benefits ou des sociétés avec lesquelles ils sont associés 4) traiter les demande ou analyser l’assurance”.

Signature du patient (<i>Si le patient est âgé de moins de 18 ans, les parents ou tuteurs doivent signer</i>).	Date (Jour/Mois/Année)
--	------------------------

Section D: Informations concernant la demande – à compléter par le praticien médical ou dentaire du patient.

1. Renseignements relatifs à l'état de santé nécessitant un soin : (<i>Veillez fournir le diagnostic précis s'il est connu</i>).	
2. Cause sous-jacente	
3. Si cette demande concerne une maternité, veuillez préciser si la grossesse résulte d'une forme quelconque de conception assistée.	
4. Depuis combien de temps avez-vous cette maladie?	5. À quel moment le patient a-t-il pris connaissance pour la première fois des symptômes avant de chercher un Conseil médical?
6. Date de la première consultation chez un praticien pour cette maladie.	7. Le patient a-t-il déjà souffert de cette maladie?
8. Veuillez confirmer la période probable de soins et pronostic (si connus):	
9. Nom et adresse du Médecin/Dentiste traitant (<i>à ne compléter que si le patient Vous a été envoyé</i>).	
10. Merci de préciser tout test de diagnostic réalisé et de joindre les résultats.	
11. Cette question ne concerne que les soins dentaires . Cette demande est-elle pour une vérification de routine? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Section E: Renseignements concernant le praticien médical ou dentaire – à compléter par le praticien médical ou dentaire du patient.****IMPORTANT** - Veuillez vous assurer que:**

1. Tous les reçus et prescriptions originaux sont joints.
2. Le Formulaire de demande est entièrement complété.
3. Les déclarations sont signées et datées.
4. Tous les tests de laboratoire sont joints.
5. Le diagnostic et la cause sous-jacente ont été confirmés.

Votre demande sera traitée dans les plus brefs délais.**Cachet officiel:**

Nom du praticien		
Adresse du praticien		
Numéro de téléphone	Numéro de fax	Email
Signature du praticien		Date (Jour/Mois/Année)

Veillez conserver un exemplaire pour vos archives

Les polices sont délivrées, tacites et réassurées en Europe par la Société Aetna Health Insurance en Europe, Limited, Aetna Life & Casualty (Bermudes) Ltd. Elles sont délivrées et administrées par Aetna Global Benefits (Europe) Limited, une compagnie Aetna et réglementées par le Ministère des Services Financiers. Adresse sur le registre: 76 Shoe Lane, Londres EC4A 3JB. Enregistré en Angleterre et au Pays de Galles sous le n° 04548434.

POUR TOUT SOIN REÇU EN DEHORS DE LA FRANCE

Remarque importante:

Avant que les **soins** ne soient prodigués, veuillez vous assurer que **Nous** acceptons les frais relatifs à des scanners, IRM et CT pour des patients hospitalisés sans urgence et pour les patients journaliers, ce via **notre** Centre de Service International pour les membres ou par courrier (fax/email/lettre). Tout **soin** prodigué sans autorisation préalable de **Notre** part ne sera pas couvert. Une confirmation verbale ne fait pas office de pré-approbation. En cas de doute, veuillez contacter le Centre de Service International pour les membres présenté sur **Votre** Carte de membre.

VEUILLEZ NOTER: Q'UN FORMULAIRE DE DEMANDE SÉPARÉ DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ POUR CHAQUE MALADIE DÉCLARÉE.

Soin pour hospitalisation prévue et hospitalisation journalière

En cas d'admission prévue sur une base d'**hospitalisation** y compris **journalière**, les démarches suivantes doivent être effectuées. Aucun paiement des dépenses que vous aurez engendrées ne pourra être effectué si les procédures suivantes ne sont pas réalisées.

- i) Contactez **Notre** Centre de Service International pour les membres dès que cela est raisonnablement possible avant l'admission en fournissant tous les détails relatifs à la condition, les **soins** proposés, y compris les dates et les noms des procédures (si connues) ainsi que le nom du **spécialiste** et des informations relatives à l'**hôpital**. (Le numéro de téléphone est fourni au dos de **Votre** Carte de membre).
- ii) Le Centre de Service International pour les membres **Vous** précisera s'il dispose d'informations suffisantes pour confirmer **Votre** couverture. Si ce n'est pas le cas, il **Vous** indiquera les informations supplémentaires nécessaires.
- iii) Si les informations fournies sont suffisantes pour accueillir **Votre** demande, le Centre de Service International pour les membres vous confirmera verbalement la base de **Votre** couverture et **Vous** enverra une confirmation écrite.
- iv) Le Centre de Service International pour les membres tentera en permanence de trouver des accords avec l'**hôpital** afin que les factures éligibles puissent être réglées directement. Le cas échéant, **Vous** pourrez envoyer l'original du formulaire de demande ainsi que les factures non payées (si elles **Vous** ont été remises par l'**hôpital**) à **Votre** service de demandes Aetna Global Benefits.
- v) Veuillez vous assurer qu'un formulaire de demande nouveau/séparé est envoyé pour chaque membre, à chaque nouvelle **maladie**, et à chaque admission à l'**hôpital**.

Soins pour patients externes

Si **Vous** recevez des soins médicaux en tant que patient externe, à l'extérieur de **Notre** réseau de fournisseurs, **Vous** devrez payer la totalité des **soins** au moment du rendez-vous et faire une nouvelle demande auprès de **Nous**. Le cas échéant, veuillez vous assurer qu'un formulaire de demande est dûment complété par **Vous** et par le **praticien médical** ou le **spécialiste**. Veuillez ensuite le remettre à **Votre** service de demandes Aetna Global Benefits accompagné de tous les justificatifs nécessaires à **Votre** demande, y compris, entre autres, les factures originales, les justificatifs de paiement, les ordonnances ainsi que le diagnostic écrit du **praticien médical**.

Veillez conserver un exemplaire pour vos archives

Les polices sont délivrées, tacites et réassurées en Europe par la Société Aetna Health Insurance en Europe, Limited, Aetna Life & Casualty (Bermudes) Ltd. Elles sont délivrées et administrées par Aetna Global Benefits (Europe) Limited, une compagnie Aetna et réglementées par le Ministère des Services Financiers. Adresse sur le registre: 76 Shoe Lane, Londres EC4A 3JB. Enregistré en Angleterre et au Pays de Galles sous le n° 04548434.