

**COMMENT PRESENTER VOS DEMANDES DE REMBOURSEMENT**

1. Groupez vos demandes de façon à éviter des remboursements de faible montant. Prenez la précaution de faire des photocopies de tous les documents avant d'adresser les originaux à Medical Administrators International.
2. Complétez toutes les sections de ce formulaire et joignez-y les originaux des notes d'honoraires, ordonnances et factures. Les notes d'honoraires et les factures doivent être acquittées et doivent mentionner les nom et prénom du patient, la date des soins, la description détaillée des soins, le montant des dépenses pour chaque catégorie de soins, 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 acceptés. Pour les soins délivrés en France, il est indispensable de fournir les feuilles de soins Sécurité Sociale et les vignettes (pour les médicaments).
3. Pour l'optique, la pharmacie, le laboratoire ou la kinésithérapie, les factures doivent être accompagnées de l'ordonnance du médecin prescripteur.
4. Pour tout traitement d'un coût supérieur à \$ 300 ou 300 Euro, veuillez faire remplir par le médecin-traitant la section E au verso.
5. Remplissez ce formulaire avec soin et envoyez-le dans les 12 mois qui suivent la date des soins à :

**MEDICAL ADMINISTRATORS INTERNATIONAL (ASSETS PLAN)**  
 39, rue Anatole France  
 F-92300 Levallois-Perret, France

**Section A - Salarié**

- |                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| 1. Nom : _____               | 2. Employeur : _____   |
| 3. Prénom : _____            | 4. N° d'Assuré : _____ |
| 5. Date de Naissance : _____ | 6. Téléphone : _____   |
| 7. Adresse : _____           |                        |
| Pays : _____                 | Code Postal : _____    |
| 8. Fax : _____               | e-mail : _____         |

Si vous avez récemment changé de compte bancaire, veuillez joindre un RIB et préciser la devise : \_\_\_\_\_

**Section B - Patients concernés par cette demande**

- |                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| 1. Prénom et Nom | 2. Lien avec le salarié |
| a. _____         | a. _____                |
| b. _____         | b. _____                |
| c. _____         | c. _____                |
| d. _____         | d. _____                |

*Merci de compléter également le verso de ce formulaire*

### Section C - Soins ou Produits Médicaux (utilisez une ligne par note d'honoraires)

Date des Soins	Prénom du Patient	Description des Soins, des Services ou des Produits Médicaux ou Dentaires	Nature de la Maladie ou de la Blessure	Devise et Montant Réglé	Praticien/ Etablissement
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____

Si l'un des traitements ci-dessus est consécutif à un accident, merci d'en préciser la nature :  d' Automobile  du Travail  Autre

A. Circonstances de l'accident : \_\_\_\_\_

B. Date et lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

C. N° des notes d'honoraires indiquées ci-dessus correspondant à cet accident (*exemple 2.5.6*) \_\_\_\_\_

### Section D - Signature

Je certifie que les réponses données sur le présent formulaire sont sincères et véritables.

Signature du Salarié: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

### Section E - Praticien (Cette section doit être remplie par le praticien pour tout traitement d'un coût supérieur à \$ 300 ou 300 Euro

1. S'agit-il de soins consécutifs à un accident du travail ?  Oui  Non A un accident de la circulation ?  Oui  Non
2. Nature de la Maladie / Nature des Blessures ?
3. Cette affection a-t-elle été traitée précédemment par vous ou un autre praticien ?  Oui  Non Si Oui, veuillez préciser les traitements et les dates :
4. Description des soins donnés / du traitement prescrit :

5. NOM : \_\_\_\_\_
6. Téléphone: \_\_\_\_\_
7. Télécopie: \_\_\_\_\_
8. Signature du praticien : \_\_\_\_\_
9. Date: \_\_\_\_\_

CACHET: \_\_\_\_\_