

医療費還付方法

1. 全ての書類のコピーをお取りいただき、オリジナルを M.A.I に郵送して下さい。
2. Section D まで全て記入し、医療機関からのオリジナルの書類（領収書、処方箋等）と共に郵送して下さい。
フランスで受けられた治療費、薬品代に関しましては、必ず医療保険の払い戻し用紙 (Feuille de soins と書かれた茶色の紙) の原本をお送り下さい。その用紙に患者の氏名、生年月日、治療日、内容の明細、各治療分野の金額、そして医師、病院、臨床検査センター、薬局等の名前、住所、電話番号が記載されているかご確認下さい。上記情報が抜けている場合は受理されないこともございますのでご注意ください。
3. 眼鏡、コンタクトレンズ、薬、臨床検査センターでの検査（採血等）、運動療法、カイロプラクティック等の場合は、領収書と共に必ず医師の処方箋を同封して下さい。
4. 300ドル、または300ユーロを超える医療行為を含む還付請求の場合は、Section E の欄を医師に記入してもらって下さい。
5. この用紙に必要な事項を記入し、治療日から12ヶ月以内に下記の住所に郵送して下さい。

MEDICAL ADMINISTRATORS INTERNATIONAL (ASSETS PLAN)
39 rue Anatole France
92300 Levallois Perret, FRANCE

Section A - 代表 被保険者

- | | |
|----------------|----------------|
| 1. 姓: _____ | 2. 会社名: _____ |
| 3. 名: _____ | 4. 保険番号: _____ |
| 5. 生年月日: _____ | 6. 電話番号: _____ |
| 7. 住所: _____ | |
| 国: _____ | 郵便番号: _____ |
| 8. Fax: _____ | e-mail: _____ |

銀行口座を最近変更された方は口座証明書 (RIB) を同封し、還付希望通貨名をお書き下さい。: _____

Section B - 医療費還付対象患者名

- | | |
|----------|---------------|
| 1. 姓名 | 2. 代表被保険者との関係 |
| a. _____ | a. _____ |
| b. _____ | b. _____ |
| c. _____ | c. _____ |
| d. _____ | d. _____ |

2 ページ目も忘れずにご記入下さい。

Section C - 治療、医療品項目 (各選付請求内容に一行使って下さい) - この欄は出来ましたら英語か仏語でお願いいたします。

診察日 (薬購入日)	患者名 (ファーストネーム)	治療内容、診察科、薬、歯科等の記載	怪我や病名	支払い金額 + 通貨名	医師又は医療機関名
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____	_____

もし上記治療の内、事故によるものがある場合は次の質問にお答え下さい。

事故の種類: 自動車事故 仕事による事故 その他

- A. 事故の状況: _____
- B. 事故の日付と場所: _____
- C. この事故に該当する上記の支払い金額番号 (例 2, 5, 6) _____

Section D - サイン

この医療費選付請求用紙に書かれたことは相違ないことを認証いたします。

代表被保険者サイン: _____

日付: _____

Section E - Praticien (この欄は 300 ドル又は 300 ユーロ以上の治療費を支払った際、医師に記入してもらって下さい。)
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: _____