

VOS COORDONNEES :

DEMANDE A RETOURNER A :

AMARIZ LIMITED
Imperial House
1 Harley Place
BRISTOL BS8 3JT (GB)
tel : +44 (0)117 974 5770
fax : +44 (0)117 974 5780
email : info@amariz.co.uk
www.amariz.co.uk

Référence Adhérent :
Numéro d'Adhésion :

Merci de préciser votre nouvelle adresse si vous avez déménagé :

.....
..... Tél. :

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

OBLIGATOIRE : INFORMATIONS SUR LES PERSONNES CONCERNEES ET LES SOINS :

Veillez compléter la partie suivante pour chacune des personnes figurant sur chaque facture jointe (s'il n'y a pas assez d'espace, veuillez utiliser une page séparée) :

Nom/Prénom	Description des frais et du traitement	Nature de l'affection et date de premier diagnostic

Parmi les informations médicales indiquées ci-dessus, y a-t-il une pathologie permanente ou susceptible de réapparaître ?
Si OUI, laquelle ?

.....

Précisez si le remboursement est à faire au prestataire ou à l'assuré

DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT :

Pour **PERMETTRE LE REMBOURSEMENT**, vous devez impérativement joindre :

- Les ORIGINAUX des feuilles de soins, factures ou décompte de la CPAM ou de votre régime de base ou tout autre complémentaire santé
- La demande d'entente préalable du praticien et l'ordonnance médicale ou nécessité pour l'orthodontie et pour les séances de kinésithérapie (au-déla de 10).
- La demande d'entente préalable et le compte-rendu du bilan pour l'orthophonie

Date et Signature (obligatoire)

**SI VOUS SOUHAITERIEZ RECEVOIR VOS
REMBOURSEMENTS FUTURS PAR VIREMENT
BANCAIRE, MERCI DE JOINDRE UN RIB**

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION ET DE CURE THERMALE

Pour obtenir la prise en charge directe de vos frais d'hospitalisation, merci de compléter la partie suivante et de nous l'envoyer au moins dix jours avant la date d'entrée prévue :

Personne concernée par la demande :

Numéro d'Entrée :

Date d'entrée prévue : Durée prévue du séjour :

Nom de l'Etablissement :

Adresse de l'Etablissement :

Téléphone : Télécopie :

Email :

DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION :

Pour toute demande de prise en charge hospitalisation ou de cure thermale, joindre obligatoirement un certificat médical, sous pli confidentiel, précisant la nature de l'affection et la date de première constatation médicale. **Un imprimé type est à votre disposition auprès de nos services ou sur notre site internet.**

DECLARATION DE SINISTRE

ACCIDENT AVEC TIERS EN CAUSE :

Si un tiers vous paraît être à l'origine de votre accident, merci de compléter la partie suivante :

Nom et Prénom de l'Assuré concerné :

Date de l'accident :

Nom et prénom du tiers :

Adresse du tiers :

Assureur du tiers :

Cause et circonstances de l'accident :

.....

.....

DOCUMENTS A JOINDRE AVEC LA DECLARATION DE SINISTRE :

Joindre obligatoirement un certificat médical, sous pli confidentiel, A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL, précisant la nature des blessures et tout autre document justificatif utile.

Date et Signature (obligatoire)

NOUS VOUS RAPPELONS QUE TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE POURRA PAS ETRE TRAITEE EN PRIORITE ET FERA L'OBJET D'UN RETOUR