

Procédure et formulaire d'envoi de frais médicaux

dans le cadre de la garantie « Ambucare Flexible »

Afin de permettre l'identification et la gestion de votre courrier, veuillez, lors de chaque envoi, respecter les procédures décrites ci-dessous. Il est primordial de toujours mentionner les références de votre dossier si elles sont connues ou, dans le cas contraire, de vous identifier (volet 1 du formulaire). Un dossier complet et bien structuré accélère le traitement de celui-ci.

Documents à votre disposition auprès de votre employeur et sur notre Website à l'adresse suivante : www.myglobalbenefits.aginsurance.be

Le formulaire de « demande de remboursement de soins ambulatoires » est scindé en 2 volets dont le second comprend 4 parties :

Volet 1 : Volet Identification à compléter dans tous les cas et lors de chaque envoi

Volet 2 :

Complétez, pour la personne concernée et mentionnée dans la zone « Patient » du volet 1, les parties A, B, C & D sur la base des notes de frais en y joignant les justificatifs classés et numérotés. Veuillez utiliser un document par personne assurée svp.

Ces justificatifs sont les suivants :

- Partie A : Soins médicaux :

- A1 : consultations, visites du docteur, examens, kiné**
- A2 : soins dentaires, traitements orthodontiques**
- A3 : prothèses médicales, appareils auditifs, ...**

- Pour les frais de soins ambulatoires : demandez à votre **mutualité** un relevé de toutes les prestations relatives à la personne concernée durant la période couverte ;
- Pour les éventuelles prestations non reprises sur ces relevés : factures et/ou notes d'honoraires.
- Pour les frais de prothèse médicale et appareil auditif : facture et relevé de remboursement ou attestation de refus de la mutualité

- Partie B : Frais pharmaceutiques

- Pour les frais de médicaments, bandages, ... : demandez à votre pharmacien l'« attestation de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire » - MOD. BVAC (relevé reprenant les nom et prénom du patient, le nom du médecin prescripteur, la date de délivrance ainsi que la liste des produits et le prix correspondant).

- Partie C : Frais optiques (monture, verres, lentilles, ...)

- facture détaillée et relevé de remboursement ou attestation de refus de la mutualité

- Partie D : Prothèse dentaire (bridges, couronnes, implants)

- facture détaillée et relevé de remboursement ou attestation de refus de la mutualité

Envoyer votre dossier à : **AG Insurance – Health Care**
Bd. E. Jacquain 53
1000 Bruxelles

Merci d'avance

**le numéro de groupe est à demander auprès de votre employeur s'il n'est pas connu.*

■ Demande de remboursement des soins ambulatoires

dans le cadre de la garantie « Ambucare Flexible »

Documents à votre disposition auprès de votre employeur et sur notre Website à l'adresse suivante : www.myglobalbenefits.aginsurance.be

■ Volet 1 : Identification

Employeur:	Groupe n°:
Membre du personnel : Nom	
Prénom	
Date de naissance :	Références AG Insurance si connues :
Adresse :	
Adresse e-mail :	
Compte bancaire : <input type="text"/>	N° téléphone :
Bénéficiaire des soins :	
Nom	
Prénom	
Date de naissance :	

■ Volet 2 : Soins ambulatoires

Pour la personne concernée, joindre les justificatifs, les numéroter et compléter les tableaux ci-dessous. Veuillez utiliser un document par assuré.

A. Soins médicaux

A.1 Consultations, visites du docteur, examens, kiné, traitements,...

Nr	Date	Nom médecin /dispensateur des soins	Payé	Mutuelle	A charge
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
Total A 1					

A.2 Soins dentaires, traitements orthodontiques

	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
Total A 2					

A.3 Prothèses médicales, appareils auditifs, ...

	/ /				
	/ /				
	/ /				
Total A 3					
Total A1 + A2 + A3				TOTAL €	

