

Adresse postale du centre de gestion

Demande de remboursement

Veuillez remplir la première page de ce formulaire en LETTRES MAJUSCULES et demander au médecin/thérapeute consulté de compléter la seconde page. Les documents/factures joints doivent de préférence être rédigés en anglais, allemand, français, néerlandais ou espagnol. Les chiffres doivent être indiqués en chiffres arabes et les lettres en caractères latins (c.-à-d. 1, 2, 3 .../a, b, c ...). Nous vous recommandons de conserver des copies des documents fournis. Veuillez nous retourner ces éléments via votre compte portal en ligne ou par courrier.

Remarque : Toute personne qui soumet sciemment et avec une intention frauduleuse une demande d'indemnisation contenant des informations fausses ou trompeuses, ou qui dissimule volontairement tout élément matériel pertinent, commet un acte de fraude à l'assurance constitutif d'un délit.

A. Renseignements concernant l'assuré principal	
☐ L'assuré principal étant également le patient	Numéro de contrat
Prénom	Nom de famille
Adresse postale	
Numéro/nom du bâtiment	Rue
Code postal et ville	Pays et région
Téléphone (+ indicatif pays/ville)	Adresse e-mail
B. Renseignements concernant le patient (si celui-ci diffère de l'assuré principal)	
Prénom	Nom de famille
Numéro de contrat	Date de naissance
C. Renseignements concernant le remboursement	
Mode de règlement souhaité Païement uniquement par virement bancaire (coordonnées bancaires ci-dessous)	Devise de paiement ☐ EUR ☐ USD ☐ GBP ☐ CHF ☐ Autres:
Titulaire du compte (tel qu'indiqué sur les coordonnées bancaires fournies)	Nom de la banque
IBAN	Code postal et ville
Numéro de compte (autre format que IBAN)	Pays
Code SWIFT (BIC)	Code de la succursale/code banque (BLZ, ABA, code bancaire – si le code Swift/BIC n'est pas disponible)

Veuillez noter que Foyer Global Health S.A. rembourse le montant total de toute demande d'indemnisation admissible quelle que soit la devise et la destination des fonds. Le remboursement n'est pas obligatoirement effectué dans la même devise que celle indiquée sur vos factures. Foyer Global Health S.A. effectue toutes les opérations de change conformément aux différents cours du marché et les frais de transfert ne sont pas répercutés sur le montant remboursé au client. Cependant, veuillez noter que les virements bancaires transfrontaliers comportent souvent des frais de transferts partagés entre les banques émettrices et destinataires. Votre banque peut donc être amenée à imputer des frais supplémentaires au montant remboursé. Afin d'éviter cette situation, et pour toute personne disposant d'un compte bancaire dans une devise majeure (EUR, GBP, USD, CHF, etc.) situé dans le pays d'origine de cette devise (ex : un compte USD aux États-Unis ou un compte GBP au Royaume-Uni) nous vous recommandons d'utiliser systématiquement ce dernier pour vos remboursements. Aucun frais n'est appliqué aux comptes bancaires en EUR dans la zone SEPA.

D. Déclaration de consentement du patient

Par la présente, je soussigné(e) atteste, que ce formulaire de demande de remboursement ne contient aucune information erronée, falsifiée ou incomplète. Je comprends et accepte que dans les cas où cette demande s'avère être en partie ou totalement frauduleuse, la police d'assurance sera résiliée et le signataire de ce document passible de poursuites judiciaires. Pour toute demande de remboursement de frais médicaux, j'autorise mon médecin traitant, des professionnels de santé ou tout autre prestataire de soins médicaux à fournir le cas échéant à Foyer Global Health S.A. ou à leurs représentants des données médicales me concernant. Si le patient est mineur, la signature d'un parent ou du représentant légal est requise.

Signature du patient	Date (JJ/MM/AAAA)
----------------------	-------------------

E. Renseignements concernant le professionnel de santé	
Nom du médecin/spécialiste/thérapeute	Qualifications/références
Nom de l'hôpital/de la clinique	
Adresse	
Nom/numéro du bâtiment	Rue
Code postal et ville	Pays et région
Téléphone (+ indicatif pays/ville)	Adresse e-mail

F. Informations médicales (partie réservée au professionnel de santé)	
Nom du patient	Date à laquelle le patient vous a consulté pour la première fois (JJ/MM/AAAA)

Veuillez fournir tous les détails de la condition médicale nécessitant un traitement, y compris le code ICD 9 ou 10 (International Classification of Disease)

Les symptômes du patient	Les symptômes sont-ils associés à un accident ? ☐ Oui ☐ Non
Date d'apparition des premiers symptômes (JJ/MM/AAAA) 	Veuillez indiquer la date à laquelle le patient a consulté un médecin pour la première fois au sujet de cette pathologie / ces symptômes (JJ/MM/AAAA)
Liste de l'ensemble des analyses et/ou examens antérieurs liés à cette affection ainsi que les dates correspondantes	
Liste de l'ensemble des médicaments antérieurs et actuels liés à cette condition médicale ainsi que les dates des ordonnances correspondantes	
Diagnostic/pathologie	
Autres renseignements pertinents	

Signature du médecin	Cachet du professionnel de santé
Date (JJ/MM/AAAA)	