

Avant de nous envoyer votre demande, assurez-vous que ce formulaire est dûment rempli et que tous les justificatifs y sont joints : • Les factures et reçus de paiement originaux

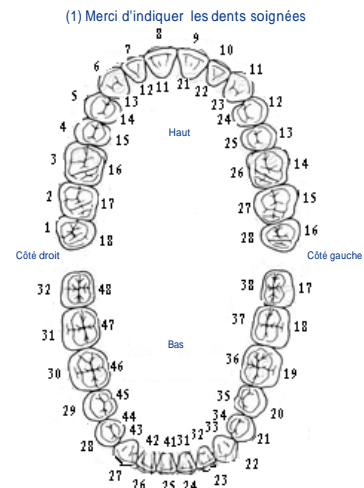
• La prescription médicale pour les dépenses de pharmacie, biologie, radiologie, optique et actes en série

INFORMATIONS MEDICALES	INFORMATIONS PERSONNELLES
Les soins sont-ils consécutifs à un accident ou une blessure ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, décrivez les circonstances de l'accident :	Souscripteur : Patient : Matricule : Téléphone : E-mail : Signature du patient* : <small>*Si le patient est mineur : signature d'un des parents ou de son tuteur. *Si le patient n'est pas en mesure de compléter/signer : son époux(se) ou un membre majeur de sa famille.</small>
Nom et tél du tiers responsable :	
Son assureur : N° de police :	
Si possible, veuillez joindre une copie du rapport de police.	
Indiquez le type de pathologie : <input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Épisode aigu d'une pathologie chronique	
Merci d'indiquer les détails des symptômes ou de la pathologie ayant nécessité le traitement ainsi que les codes médicaux :	
Code de l'affection :	
À quelle date le patient vous a-t-il présenté ces symptômes pour la première fois ?/...../.....	
À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus chez le patient ?/...../.....	
Le patient a-t-il précédemment souffert de cette pathologie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle date ?	
Avez-vous connaissance d'un traitement auparavant administré au patient pour cette pathologie ou une maladie liée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser :	Nécessite-t-il une rééducation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Est-il permanent ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Requiert-il une surveillance, des consultations, des bilans de santé, des examens ou des tests sur le long terme ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Type de soins	Quantité	Date de soins	Montant total	Devise	Diagnostic : Si possible, utiliser le code ICD10	
Hospitalisation & Médecine courante	Consultation de médecine générale					
	Consultation de médecine spécialisée					
	Consultation de psychiatrie					
	Biologie					
	Actes en série, à préciser : <input type="checkbox"/> Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Orthoptie <input type="checkbox"/> Autres					
	Radiologie, à préciser : <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> Autres					
	Pharmacie, à préciser : <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Vaccinations					
	Autres traitements (à préciser) :					

		Quantité	Date de soins	Montant total	Devise	Correction/Dioptrie : Préciser sphère, cylindre et addition
Optique	Lunettes	Monture				
		Verres	Droit			
	Gauche					
Lentilles de contact						Gauche

	Type de soins	Quantité	Date de soins	Montant total	Devise
Dentaire	Soins dentaires				
	Radiologie				
	Parodontie				
	Prothèses dentaires (1)				
	Implantologie (1)				
	Orthodontie				
	Autres traitements (à préciser)				



Date (JJ/MM/AAAA) :

Cachet et signature du professionnel de santé

© APF - AB - 04/2010

OBLIGATIONS A RESPECTER POUR PRETENDRE A UN REMBOURSEMENT

- 1- Remplir dûment le présent formulaire et joindre toutes les pièces justificatives nécessaires.
- 2- Adresser ce document complété à Atlantique Assurances Bénin (AAB) ou à son Représentant dans un **délaï maximum de 3 mois** à compter de la date de l' accident ou de la consultation médicale en cas de Maladie.
- 3- Remettre à Atlantique Assurances Bénin (AAB) ou son Représentant les originaux des notes d'honoraires et les ordonnances acquittées, datées et mentionnant les nom et prénoms de l'assuré.
- 4- **Pour les traitements soumis à la formalité d'entente préalable, l'assuré doit AVANT D'ENGAGER SES FRAIS adresser à l'attention du Médecin-Conseil de l'Assureur une demande d'entente préalable aux coordonnées ci-dessous.** Cette demande est constituée des prescriptions médicales, devis et diagnostic médical précis établis par le Praticien qui prescrit le traitement ou l'hospitalisation.

Les principaux actes devant faire l'objet de cette entente préalable sont :

- Médecine Physique : Électrothérapie et traitements par rayons ultra-violets, lumineux ;
 Infra-rouge ;
 Rééducation ;
 Massages ou techniques assimilées ;
 Gymnastique correctrice, tractions vertébrales ;
 Hydrothérapie, thermothérapie, chimiothérapie, physiothérapie ;
 Traitement des conséquences des affections neurologiques ;
 Pneumo-Cardiologie ;
 Rééducation de la parole et du langage des yeux ;
 Examen au scanner et soins au Laser ;
 Acupuncture.
- Soins dispensés par les Auxiliaires médicaux : Kinésithérapie – Rééducation – Massage – Gymnastique correctrice.
- Soins d'infirmier à domicile – Cure Thermales – Prothèse – Orthopédie.
- Prothèses dentaires, orthodontie, et optique.

Cette liste n'étant pas limitative il vous appartient de nous contacter pour tous soins spéciaux.

L'ENUMERATION CI-CONTRE N'ENGAGE PAS ATLANTIQUE ASSURANCES BENIN AU-DELA DES PRESTATIONS GARANTIES AU CONTRAT.

Tél : (229) 21 31 51 48 / 69 79 07 07

E-mail : sante@atlantiqueassurances.bj