

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT ASSURANCE SOHU

Une demande de remboursement parfaitement remplie rime avec remboursement rapide !

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

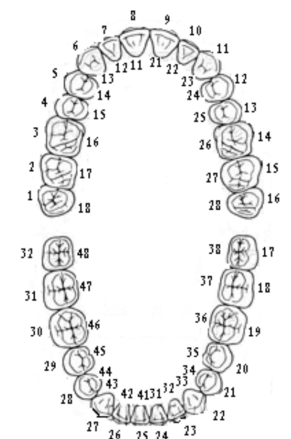
- Les factures et reçus de paiement originaux
- La prescription médicale pour les dépenses de pharmacie, biologie, radiologie, optique et actes en série

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

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

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

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



Date (JJ/MM/AAAA) : ...../...../.....

Signature et cachet du professionnel de santé :

(1) Merci d'indiquer  
les dents soignées

## OBLIGATIONS À RESPECTER POUR PRÉTENDRE À UN REMBOURSEMENT

- 1- Remplir dûment le présent formulaire et joindre toutes les pièces justificatives nécessaires.
- 2- Adresser ce document complété à Atlantique Assurances Bénin IARDT ou à son Représentant dans un délai maximum de 2 mois à compter de la date de l'accident ou de la consultation médicale en cas de Maladie.
- 3- Remettre à Atlantique Assurances Bénin IARDT 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, si leur couverture est prévue, sont :

- ✓ les prothèses médicales de toute nature (orthopédiques, dentaires, auditives, etc.) et l'orthodontie pour les enfants de moins de 16 ans ;
- ✓ les séances de rééducation et de kinésithérapie sous toutes leurs formes (motrice, de la parole et du langage, des yeux, les massages, etc.) ;
- ✓ les séances de diathermie et d'hydrothérapie, l'aérosolthérapie, la thermothérapie, la physiothérapie ;
- ✓ les soins d'infirmier à domicile ;
- ✓ l'imagerie diagnostique ou thérapeutique (l'électro diagnostic, le scanner, l'IRM, la scintigraphie, les écho-dopplers cardiaques, les mammographies, les hystérosalpingographies, l'électrothérapie, la chimiothérapie, la radiothérapie, les soins au laser, les soins par rayons ultraviolets, lumineux et infrarouges) ;
- ✓ la maternité : les échographies répétées (à partir de la quatrième), le bilan prénatal, l'hospitalisation, l'accouchement ;
- ✓ les hospitalisations médicales et les interventions chirurgicales programmées ;
- ✓ les évacuations utérines sur grossesse arrêtée et les interruptions volontaires de grossesse à but thérapeutique ;
- ✓ l'optique (verres, montures et lentilles de contact).

**Cette liste n'étant pas limitative, le bénéficiaire des prestations est tenu de prendre l'attache du Conseil médical de l'Assureur pour tous soins spéciaux.**

Pour toute prolongation de l'hospitalisation ou du traitement, la demande d'entente préalable doit être renouvelée avant l'expiration de la période approuvée.

**L'ÉNUMÉRATION CI-CONTRE N'ENGAGE PAS ATLANTIQUE ASSURANCES BÉNIN IARDT AU-DELÀ DES PRESTATIONS GARANTIES AU CONTRAT.**

**Tél : +229 63 63 28 28 / +229 69 79 07 07**



[sante@atlantiqueassurancesbenin.net](mailto:sante@atlantiqueassurancesbenin.net)