

Demande de remboursement de frais médicaux engagés à l'étranger



Affilié

Nom : []
Prénom(s) : []
Adresse : []
Code postal : []
Commune : []
Date d'affiliation : [][][][][]
Date de naissance : [][][][][][]
N° de contrat : []

A retourner à

COFAPE INTERNATIONAL
Immeuble « Le Rhône-Alpes »
235 cours Lafayette – 69 006 LYON
Tél. 04.72.83.05.83 – Fax. 04.72.83.05.84

Renseignements concernant les malades autres que l'affilié

Lien de parenté	Conjoint C [][]	Enfant E [][]	Enfant E [][]	Enfant E [][]	Autres D [][]	Indiqué le lien de parenté ▼
Prénom ou nom (si différent de celui de l'affilié)	[]	[]	[]	[]	[]	
Date de naissance	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	[][][][][]	

Informatique et libertés

Les données personnelles vous concernant sont traitées par l'assureur dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion des contrats, des affiliations et des garanties. Elles sont destinées à l'intermédiaire d'assurance de la contractante, l'assureur et son distributeur, à ses délégataires, prestataires ou sous-traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales. Les données personnelles vous concernant peuvent, par ailleurs, être utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, vos données peuvent être transmises à des organismes professionnels de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés. Vous disposez en justifiant de votre identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées, sans frais, par courrier à Groupama Gan Vie - Service des Relations avec les Consommateurs – Immeuble Michelet – 4-8 Cours Michelet – 92082 La Défense Cedex ou à l'adresse électronique : src-collectives@ggvie.fr

Signature

Fait à []
Le [][][][][]

Signature de l'affilié

« je certifie l'exactitude des renseignements contenus dans le présent dossier »

CACHET ET VISA DE LA CONTRACTANTE

Certifiant que l'affilié fait toujours partie de son personnel

Recommandations importantes pour la constitution du dossier

Pour éviter toute correspondance inutile et rendre nos règlements plus rapides, nous vous prions de vous conformer aux prescriptions suivantes :

FRAIS MEDICAUX OU CHIRURGICAUX

Constituer un dossier par **MALADIE** et par **PERSONNE** assurée

PIECES A JOINDRE

- Ordonnances du médecin tarifées par le pharmacien.
- **Vignettes** des produits pharmaceutiques correspondants.
- **Notes de frais** de l'établissement précisant la nature des soins reçus et la durée du séjour en cas d'hospitalisation (hôpital ou clinique)
- En cas d'intervention **chirurgicale**, note (ou duplicata) des honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste et de l'assistant.

- Si vous êtes bénéficiaire du régime des travailleurs Non Saliés, de celui de la Sécurité Sociale (Régime général, Régime des expatriés) ou de tout autre régime obligatoire ou facultatif, ne pas omettre de joindre les feuilles de décompte de ces organismes, ainsi qu'un état de vos frais réels.

Demande de remboursement de frais médicaux engagés à l'étranger



A compléter par le praticien traitant

**IDENTIFICATION DU PRATICIEN OU
CACHET DE L'ETABLISSEMENT**

Vom behandelnden arzt auszufüllen

**NAME UND ADRESSE DES ARZTES ODER
STEMPEL DES KRANKENHAUSES**

Visites ou traitement / Konsultationen oder behandlung / visits or treatment / visitas o tratamiento

1	2	3																																	
<ul style="list-style-type: none"> Dates des visites et/ou traitement 	<ul style="list-style-type: none"> Indiquer les actes dispensés (employer le code ci-dessous) 	<ul style="list-style-type: none"> Ordonnance délivrée - Diagnostic 																																	
<ul style="list-style-type: none"> Daten der konsultationen und/oder der behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> Art der konsultationen gemass untenstehendem kode 	<ul style="list-style-type: none"> Was wurde verordnet - Diagnose 																																	
<ul style="list-style-type: none"> Date of visits and/or treatment 	<ul style="list-style-type: none"> Type of visits (use codes below) 	<ul style="list-style-type: none"> Type of therapy – Diagnostic 																																	
<ul style="list-style-type: none"> Fechas de las visitas y/o tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Indicar el tipo de visitas realizada (emplear el codigo mencionado abajo) 	<ul style="list-style-type: none"> Receta dada - Diagnostico 																																	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> </table> </div>												<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> </table> </div>												<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 100px;"> <tr><td> </td></tr> </table> </div>											

⁽¹⁾ Le remboursement total des frais médicaux par l'Assureur sera seulement possible si le médecin traitant inscrit les honoraires exacts qu'il a fait payer, dans la colonne appropriée.

⁽¹⁾ Die rückvergütung der gesamten ärztlichen kosten durch die versicherungs-gesellschaft ist nur möglich, wenn der behandelnde arzt die erhaltenen honorare in der entsprechenden spalte 5 genau angibt

Cher Docteur,

Pour permettre à votre malade d'être remboursé en France des visites et du traitement ou des médicaments que vous avez prescrits, nous vous serions obligés de compléter les cases ci-dessus.

EN France, les différents actes sont désignés par les lettres suivantes :

COLONNE 2

- C** Visite du malade chez un praticien de médecine générale
- CS** Visite du malade chez un spécialiste
- CNPSY** Visite du malade chez un psychiatre
- V** Visite du docteur au domicile du malade
- VS** Visite du médecin spécialiste au domicile du malade
- VNSPY** Visite du médecin spécialiste en psychiatrie au domicile du malade

COLONNE 3

Ordonnance délivrée

Prescription de :

- O** Pharmacie ou appareil de prothèse ou d'orthopédie
- Z** Actes d'électroradiologie (rayons...)
- B** Analyses médicales
- M** Massages, soins infirmiers, physiothérapie, etc.

Sehr Geehrter Herr Doktor,

Damit Ihrem Patienten die Behandlungs – und Arzneikosten in FRANKREICH vergütet Werden Können, bitten Wir Sir um genaue Angaben in den Spalten 1 a 6.

IN FRANKREICH, sind die verschiedenen Konsultationen mit folgenden Schlüssel – Buchstaben bezeichnet :

SPALTE 2

- C** Besuch des Patienten bei einem praktischen Arzt
- CS** Besuch des Patienten bei einem Facharzt
- CNPSY** Besuch des Patienten bei einem Psychiater
- V** Besuch des Arztes in der Wohnung des Patienten
- VS** Besuch des Facharztes in der Wohnung des Patienten
- VNSPY** Besuch des Psychiaters in der Wohnung des Patienten

SPALTE 3

Verordnungen

- O** Bezüge aus der
- Z** Röntgenuntersuchungen und Röntgenbehandlungen
- B** Laboranalysen, andere Abklärungen
- M** Massagen, Krankenpflege, Physiotherapie, usw.

Demande de remboursement de frais médicaux engagés à l'étranger



To be completed by the attending physician

A completar por el medico

NAMER AND ADDRESS OR RUBBER STAMP OF THE PHYSICIAN

IDENTIFICACION DEL MEDICO O SELLO DE LA CLINICA

Frais ⁽¹⁾/Kosten ⁽¹⁾/Exepenses ⁽¹⁾/Gastos ⁽¹⁾

1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> Signature du praticien pour attester les visites et/ou le traitement prescrit 	<ul style="list-style-type: none"> Honoraires versés 	<ul style="list-style-type: none"> Signature pour attester la paiement
<ul style="list-style-type: none"> Unterschrift des Arztes zur Bestätigung der Angaben 	<ul style="list-style-type: none"> Bezahlte Honorare 	<ul style="list-style-type: none"> Unterschrift fue die Empfangsbestätigung
<ul style="list-style-type: none"> Doctor's signature to attest to the foregoing 	<ul style="list-style-type: none"> Fees paid 	<ul style="list-style-type: none"> Signature confirming fess receveid
<ul style="list-style-type: none"> Firma del médico para atestar las visitas y/o el tratamiento prescrito 	<ul style="list-style-type: none"> Honorarios pagados 	<ul style="list-style-type: none"> Firma atestando del pago
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

⁽¹⁾ The total repayment of medical expenses by the insurer will be possible only if the doctor in charge of the case indicates the precise fee(s) received in the correct column.

⁽¹⁾ El asegurador podra efectuar el reembolso total de los médicos solemante si el médico inscribe los honorarios exactos cobrados en la columna apropiada.

Dear Doctor,

To permit your patient to be repaid in France for the visits and the treatment and/or drugs you prescribed, will you please complete the above columns.

IN FRANCE, the different types of consultations are designated by the following codes :

COLUMN 2	
C	Patient's visit to a general practitioner
CS	Patient's visit to a specialist
CNPSY	Patient's visit to a psychiatrist
V	General practitioner's visit to the patient's residence
VS	Specialist's visit to the patient's residence
VNSPY	Psychiatrist's visit to the patient's residence
COLUMN 3	
Therapy	
O	Prescription or prosthesis and orthopaedic apparatus
Z	X-rays (diagnosis or therapy)
B	Medical investigations
M	Massage, nurse's care, physiotherapy, etc.

Doctor,

Le regamos complete las cassillas arriba indicadas para que a su paciente le puedan ser reembolsadas, en FRANCIA, las consultas, el tratamiento o las medicinas que Ud.le he prescrito.

EN FRANCIA, los diferentes actos se designan por las letras claves siguientes :

COLUMNA 2	
C	Visita del enfermo a un medico de medicina general
CS	Visita del enfermo a un especialista
CNPSY	Visita del enfermo a un psiquiatra
V	Visita del medico al domicilio del enfermo
VS	Visita del medico especialista al domicilio del enfermo
VNSPY	Visita del medico especialista en psiquitria al domicilio del enfermo
COLUMNA 3	
Receta dada	
Prescripcion de :	
O	Farmacia o oparato de prótesis o de ortopedia
Z	Acto de electroradiologia (rayos...)
B	Análisis médicos
M	Masajes, atenciones por enfermeros, fisioterapia...

Demande de remboursement de frais médicaux engagés à l'étranger



Le praticien indique la dent traitée
Welche zahne haben sie behandelt
Indicate which teeth treated
El dentista indica el diente tratado

Le praticien désigne l'intervention pratiquée
Art der behandlung
Type of treatment
El dentista designa la intervención practicada

Soins Behandlung Repair Cuidados	Haut Oben – Upper - Arriba	Prothèse Prothese Remplacement Denture Prótesis	Date des soins Datum der Behandlung Date of treatment Fecha de los cuidados	Dents traitées Behandelte Zähnen Teeth treated Dientes tratados
Droite Rechts Right Derecha		Gauche Links Left Izquierda		
	Bas Unten – Lower - Abajo			

Nombre	DESIGNATION	Anzahl	SPEZIFIKATION
	Examen Radiologie apicales Radiographie panoramique Détartrage, polissage Extractions dentaires Petites interventions chirurgicales Résection apicale Interventions chirurgicales importantes Opération d'un kyste Traitements radiculaires (nb de dents) Dent incluse Traitements parodontaires (nb de dents) Obturations à l'amalgame Obturations esthétiques Obturations en or Coursonnes (à tenon) en or Couronnes (à tenon) céramo-métalliques Ponts : sup./inf. (en résine) Prothèses totales : sup./inf. Prothèses partielles : sup./inf. (en résine) Prothèses partielles : sup./inf. (en métal) Réparations de prothèses, rebasage		Untersuchung Apikale Aufnahmen Panoramaaufnahme Zahnsteinentfernung, Polieren Zahnextraktionen Kleine chirurgische Eingriffe Apikale resection Grosse chirurgische Eingriffe Kystenoperation Wurzelbehandlungen (Anzahl Zähnen) Impakterter Zähnen Paradontalbehandlungen (Anzahl Zähnen) Amalgamfüllungen Aesthetische Füllungen Goldfüllungen Goldkronen (mit Aufbau) Keramische/metallische Kronen (mit Aufbau) Brücken : oben/unten ; Anzahl Elemente Totalprothesen : oben/unten Teilprothesen : oben/unten (Kunststoff) Teilprothesen : oben/unten (Metall) Prothesenreparaturen, Unterfütterung
Number	SPECIFICATION	Número	ESPECIFICACIÓN
	Examinations X-rays, roots X-rays, general Cleaning (removal tartar, polishing) Tooth extraction Minor surgical intervention Root resection Major surgical intervention Cyst operation Root treatment (number of teeth) Impacted teeth Periodontal treatment (number of teeth) Amalgam fillings Cosmetic filling or repair Gold fillings Gold crown Metal, porcelain crown Bridges : upper/lower ; number of elements Full denture : upper/lower Partial denture : upper/lower (acrylic resin) Partial denture : upper/lower (metal) Denture repair, adjustment		Exámen Radiograficas apicales Radiografia panorámica Limpieza, Pulido, Extracciones dentales Pequeñas intervenciones quirúrgicas Resecciónapical Intervenciones quirúrgicas importantes Operación de un quiste Tratamientos radiculares (número de dientes) Diente incluso Tratamientos radiculares (número de dientes) Obsturaciones con amalgama Obsturaciones estéticas Obsturaciones de oro Coronas (sistema de sujeción) de oro Coronas (sistema de sujeción) ceramo-metálicas Puentes : sup./inf. ; número de elementos Prótesis totales : sup./inf Prótesis parciales : sup./inf (material sintético) Prótesis parciales : sup./inf (de metal) Reparaciones de prótesis, ajuste