

# FRAIS PHARMACEUTIQUES

Les certificats **originaux** de livraison du pharmacien (modèle 704F ou BVAC F) et autres preuves de paiement doivent être joints en reprenant le numéro d'annexe indiqué dans la première colonne.

## Données personnelles

Nom du membre du personnel :   
Prénom du membre du personnel :   
Numéro dossier :

Rue :   
N°/Boîte :   
Code postal/Localité :   
Numéro du groupe : BCVR :   
Nom de la firme :   
Compte bancaire (IBAN) :   
    -     -        
Au nom de :

Numéro d'annexe	Date de livraison	Nom du patient	Prix global du ticket payé par l'assuré
B1	/ /		euros
B2	/ /		euros
B3	/ /		euros
B4	/ /		euros
B5	/ /		euros
B6	/ /		euros
B7	/ /		euros
B8	/ /		euros
B9	/ /		euros
B10	/ /		euros
B11	/ /		euros
B12	/ /		euros
B13	/ /		euros
B14	/ /		euros
B15	/ /		euros

## Protection des données personnelles

Les données personnelles récoltées dans le présent document sont récoltées dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance ou d'un sinistre en conformité avec la réglementation sur les assurances et sur la protection des données personnelles. Elles ne seront transmises qu'aux personnes habilitées à en prendre connaissance. Elles ne feront en aucun cas l'objet d'une autre utilisation. En fournissant les données médicales destinées à la gestion de votre contrat ou de votre sinistre et en signant le présent questionnaire, vous donnez expressément votre accord au traitement de ces données lors de la gestion de votre contrat ou de votre sinistre. Pour tout renseignement complémentaire à propos du traitement, de la protection de vos données personnelles, vous êtes invité à consulter l'adresse internet (<https://allianz.be/personnelles>) où il vous est aussi possible de poser vos questions sur le traitement des données par la compagnie.

Fait à  le  /  /

Certifié sincère et conforme. Signature du membre du personnel.

**A renvoyer ce document chaque trimestre à Allianz Benelux SA**

Claims Healthcare, Blvd du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles

# REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX DANS LE CADRE DE LA GARANTIE «SOINS AMBULATOIRES»

## MODE D'EMPLOI

Nous vous conseillons de nous envoyer vos frais tous les trois mois.

### En général

Nous scindons les frais ambulatoires en deux catégories :

A = Les honoraires médicaux et para-médicaux (médecin, dentiste, kiné, labo en ce compris les frais de prothèses, et traitements d'orthodontie)

B = Les frais pharmaceutiques

### Pour les honoraires médicaux, frais de prothèse et traitements d'orthodontie

Lors de la visite chez le médecin, le kinésithérapeute ou l'orthodontiste, demandez qu'il indique le montant des honoraires soit sur le talon, soit sur l'attestation de soins donnés. Vous rentrez ensuite toutes les attestations de frais auprès de votre mutuelle qui vous établit une quittance des frais remboursés (vous pouvez même visualiser cela sur le site internet de votre mutuelle et l'imprimer). Ensuite, vous complétez les documents récapitulatifs après avoir numéroté les preuves de vos dépenses (A1, A2, ...).

N'oubliez pas de joindre les annexes numérotées :

- les quittances reçues de votre mutuelle (reprenant la date de la prestation, le nom du patient, le montant réellement payé et le montant remboursé) ;
- la preuve de paiement des honoraires (copies des attestations de soins avec mention du montant payé) en cas de dépassement du tarif conventionnel ;
- les factures originales de radio, labo et de soins ambulatoires établies par un hôpital.

### Attention

Sans justificatif de l'honoraire réellement payé en cas de dépassement du tarif conventionnel, nous tiendrons compte de l'honoraire conventionnel.

### Pour les honoraires médicaux, frais de prothèse et traitements d'orthodontie

Vous remplissez directement le document récapitulatif reprenant les dépenses pharmaceutiques après avoir numéroté les preuves de vos dépenses (B1, B2, ...). Vous ajoutez les tickets **originaux** de la pharmacie : ceux-ci reprennent la date de fourniture, le nom du médicament, le prix public et le prix payé, le nom du patient et le nom du médecin ayant prescrit les médicaments.

### A renvoyer le tout à Allianz Benelux SA

Claims Healthcare, Blvd du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles



Votre Courtier  
Votre meilleure  
Assurance

