



# Formulaire de renseignements médicaux

Nous sommes là pour vous aider

**+44 (0) 1892 556274**

Disponibilité jour et nuit, 365 jours par an.

Aidez-nous à traiter rapidement votre demande en écrivant clairement.

## Ce formulaire comporte trois parties :

Partie	Qui doit remplir cette partie
<b>A : Détails de la demande</b>	le patient à l'origine de la demande
<b>B : Consentement du patient</b>	le patient à l'origine de la demande
<b>C : Informations médicales</b>	le médecin du patient

## Veillez envoyer votre formulaire complété à :

### Téléchargement ou e-mail sécurisé via :

[axaglobalhealthcare.com/customer](http://axaglobalhealthcare.com/customer)

**Fax :** +44 (0) 1892 508256

**Adresse postale :** AXA – Global Healthcare, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL, Royaume-Uni

## Définitions de nos mots et expressions

Certains mots et certaines phrases que nous utilisons dans ce formulaire ont une signification particulière, par exemple lorsque nous parlons de traitement.

**Vous et votre :** lorsque nous utilisons vous et votre, nous faisons référence au membre principal et à tout autre membre de la famille couvert par votre police.

**Nous et notre :** lorsque nous utilisons nous et notre, nous faisons référence à AXA Global Healthcare (UK) Limited agissant au nom de AXA Insurance dac.

## Partie A : Détails de la demande – à compléter par le patient

### A1 À propos de vous et de votre demande

Veillez utiliser de l'**ENCRE NOIRE** et écrire en **MAJUSCULES D'IMPRIMERIE** sur tout le formulaire.

#### Nom complet et fonction

#### Adresse

Veillez indiquer votre adresse complète, y compris votre code postal et votre pays, le cas échéant.

  
  
  

#### Numéro d'assuré/client

#### Numéro de la demande (si vous le connaissez)

#### Coordonnées

Veillez fournir le code du pays et l'indicatif régional, le cas échéant. Veillez renseigner les coordonnées d'un parent ou du tuteur légal si le patient a moins de 16 ans.

#### Téléphone

#### E-mail

#### Date de naissance

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J	J	M	M	A	A	A	A

#### Motif de la demande

Veillez décrire les symptômes ou la pathologie traités

## A2 Détails du remboursement

Avez-vous déjà réglé des factures pour le traitement demandé ?

- Non** ► Veuillez passer à la **section A3**
- Oui** ► Veuillez compléter le reste de la présente section

Nous remboursons tout traitement pour lequel vous êtes couvert directement sur votre compte bancaire. Veuillez joindre toutes les factures acquittées détaillées pour le traitement ainsi que tout certificat médical, correspondance ou documents relatifs à votre demande.

Pour éviter tout retard de paiement, veuillez à bien indiquer :

- Les dates du traitement
- Le type de traitement
- La pathologie
- Le montant facturé

Devise du remboursement

IBAN (selon la localisation de votre banque)

Pays

Code SWIFT ou BIC

Numéro du compte bancaire

Numéro ABA (selon la localisation de votre banque)

Nom du bénéficiaire

Nom et adresse de la banque

  

---

---

---

Intitulé du compte

Si vous prévoyez un autre traitement, veuillez nous contacter au +44 (0) 1892 556274 ou en ligne en suivant les instructions sur [axaglobalhealthcare.com/customer](http://axaglobalhealthcare.com/customer)

## A3 Informations supplémentaires

Souhaitez-vous demander une prestation forfaitaire pour un traitement reçu gratuitement ?

- Non**
- Oui** ► Si oui, veuillez nous confirmer les dates de votre hospitalisation ou de votre traitement via ce formulaire et joindre un justificatif indiquant que les services ont été complètement pris en charge.

Avez-vous reçu ce traitement à la suite d'une blessure ou d'un accident ?

- Non** ► Veuillez passer à la **Partie B**
- Oui**

**a.** Estimez-vous qu'une autre personne est responsable de l'accident ou de la blessure ?

- Non**
- Oui**

**b.** Avez-vous souscrit une autre police d'assurance couvrant également votre demande ?

- Non**
- Oui** ► Si oui, veuillez préciser

Autres informations concernant l'assureur

  

---

---

---

---

## Partie B : Déclaration et consentement

Je déclare que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exactes.

Pour garantir l'application des engagements de mon assurance maladie, j'accepte que :

- a) AXA Insurance dac et/ou AXA Global Healthcare (UK) Limited (conjointement **AXA**) demandent des informations médicales au professionnel de santé et/ou à l'hôpital du patient (voir la section **Dossiers médicaux** de ce formulaire).
- b) le professionnel de santé et/ou l'hôpital fournissent ces informations médicales, via des rapports ou des copies de mes dossiers de santé et informations médicales, à **AXA**.
- c) le professionnel de santé et/ou l'hôpital impliqués dans les soins du patient vérifient les informations médicales et appliquent les accords mis en place avec **AXA** pour les raisons suivantes : (Veuillez cocher oui ou non pour chacune des propositions.)
  - (a) pour évaluer puis réviser ma demande et appliquer les termes/exclusions de la police (si vous cochez non, nous pourrions ne pas être en mesure de traiter votre demande)  
 **Oui**  
 **Non**
  - (b) pour contrôler les dossiers du professionnel de santé et de l'hôpital afin d'analyser leurs performances et de s'assurer qu'AXA est correctement facturée  
 **Oui**  
 **Non**

Je déclare être le patient

- Oui**  
 **Non**

Le patient a-t-il moins de 16 ans ?

- Non**  
 **Oui**

Si oui, je déclare être le parent/tuteur du patient

- Non**  
 **Oui**

Je souhaite consulter tout rapport du médecin avant qu'il vous soit envoyé

- Non**  
 **Oui**

Je souhaite qu'une autre personne/un ou plusieurs autres organisme(s) m'assistent quant à cette demande de remboursement. En ce sens, j'habilite **AXA** ou tout autre gestionnaire de polices d'assurances et la personne ou le(s) organisme(s) mentionnés ci-dessous à examiner cette même demande et, tant qu'il est nécessaire, à communiquer entre eux les informations sanitaires et médicales pertinentes me concernant.

- Non**  
 **Oui**

Signé\*

(Ce formulaire doit être signé à la main. Nous n'acceptons pas les signatures électroniques.)

\*Si le patient a moins de 16 ans, ce formulaire doit être signé par son parent/tuteur légal

Date

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Nom complet du patient

Si vous avez répondu par l'affirmative, veuillez indiquer le nom de la personne ou du/des organisme(s) concernés ici :

(indiquer un ou plusieurs noms d'organismes nous autorise à communiquer avec n'importe lequel de leurs employés [ce qui pourra nous être utile en cas d'indisponibilité de la personne habituellement en charge de votre dossier]).

# Partie C : Renseignements médicaux

À compléter par le médecin du patient – veuillez nous faciliter la tâche en écrivant clairement.

Nom du patient

Date de naissance

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Depuis combien de temps le patient vous connaît-il ?

Êtes-vous le médecin traitant habituel du patient ?

Non

Oui

Avez-vous accès aux antécédents médicaux du patient ?

Non ► Voir ci-dessous

Oui

Si non, veuillez nous indiquer le nom et l'adresse de la personne qui détient le dossier médical du patient.


## C1 Informations médicales

Pathologie/diagnostic

Code CIM

Code chirurgical (le cas échéant)

Description des symptômes

Depuis combien de temps le patient présentait-il les symptômes avant de vous consulter ?

Quand les symptômes ont-ils commencé ?

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

S'il ne présentait pas de symptômes, qu'est-ce qui a incité le patient à vous consulter ?

Étant donnée l'étiologie de la pathologie, depuis combien de temps pensez-vous que le patient a contracté cette maladie ?

Date du premier traitement ou de la première consultation avec n'importe quel prestataire de soins

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Date du traitement avec vous

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Type de test requis pour confirmer le diagnostic

Autre plan de traitement (le cas échéant)

Le patient vous a-t-il été envoyé par un autre médecin ?

Non

Oui ► Si oui, veuillez indiquer le nom et les coordonnées du médecin référant.


La demande est-elle liée ou résulte-t-elle d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement antérieur ?

Non

Oui ► Si oui, veuillez préciser, en indiquant également les dates.


Suite à la page suivante

## C1 Informations médicales (suite)

Le patient présente-t-il des pathologies associées ou liées ?

- Non**  
 **Oui ▶** Si oui, veuillez préciser et expliquer la relation et la date du diagnostic.


Le patient a-t-il été traité, hospitalisé ou a-t-il consulté pour cette pathologie ou pour des maladies ou symptômes associés ?

- Non**  
 **Oui ▶** Si oui, veuillez préciser.

Date du traitement

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Pathologie/traitement


Nom du prestataire


Le patient prend-il des médicaments pour cette pathologie ?

- Non**  
 **Oui ▶** Si oui, indiquez le nom du médicament et la date de début du traitement médicamenteux.


Si la demande est liée à une grossesse, cette grossesse est-elle le résultat d'une conception naturelle ?

- Non**  
 **Oui**

Si la demande est liée à une grossesse, s'agit-il de la première grossesse de la patiente ?

- Non ▶** Si non, veuillez spécifier toute complication de grossesse antérieure.  
 **Oui**

Si la demande est liée à une grossesse, s'agit-il de la première grossesse de la patiente ?

- Non ▶** Si oui, veuillez spécifier toute complication de grossesse antérieure.  
 **Oui**


## C2 Déclaration du médecin

---

Je suis le médecin du patient et je confirme que les informations fournies sont, à ma connaissance, exactes. Je comprends que l'inexactitude de ces informations pourrait affecter la demande liée aux dépenses de santé privées de mon patient.

---

Signature

Numéro de téléphone

Nom en majuscules

Date

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Adresse e-mail

Tampon du cabinet

# Dossiers médicaux

Si nous demandons un dossier médical contenant des informations sur votre pathologie, vos antécédents et tout traitement éventuel, vous n'êtes pas obligé de donner votre consentement. Toutefois, si vous ne donnez pas votre consentement, nous pourrions ne pas être en mesure de traiter votre demande.

Si vous souhaitez consulter le rapport avant qu'il nous soit envoyé, veuillez cocher la case ci-dessous. Nous vous contacterons pour vous informer de la date à laquelle nous demandons de consulter le rapport et vous devrez contacter votre médecin dans les 21 jours après la date de notre demande. Vous avez 21 jours pour le consulter à partir de la date à laquelle nous contactons votre médecin.

Je souhaite consulter tout rapport du médecin et/ou de l'hôpital avant qu'il soit envoyé à **AXA**.

Si vous ne cochez pas cette case et que vous changez d'avis, vous pouvez contacter votre médecin et lui demander de voir le rapport.

Vous pouvez à tout moment demander au médecin de voir le rapport dans les six mois à compter de la date à laquelle il nous l'envoie.

Si vous n'êtes pas d'accord avec les informations contenues dans ce rapport, vous pouvez demander au médecin de les modifier. Si le médecin n'est pas d'accord avec vous, il vous demandera une déclaration écrite à joindre au rapport qui nous est envoyé.

Votre médecin n'a pas à vous montrer les parties du rapport susceptibles selon lui de vous nuire physiquement ou mentalement ni les éléments dévoilant des plans de traitement ultérieurs qu'il ne souhaite pas que vous connaissiez.

Si le rapport contient des informations sur une personne tierce, le médecin ne peut vous montrer cette partie du rapport.

Votre médecin peut vous facturer une copie du rapport. Ces frais ne sont pas pris en charge par votre plan d'assurance.

Si nous recevons un dossier médical témoignant d'une pathologie que vous auriez dû déclarer dans votre demande de plan d'assurance, nous sommes libres de modifier les termes de votre plan.

## Protection des données

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation en vigueur sur la protection des données.

Vous êtes autorisé à consulter les informations que nous possédons vous concernant. Vous pouvez nous écrire pour obtenir une copie de vos informations personnelles contenues dans les rapports indépendants que nous demandons. Si vous

souhaitez obtenir une copie d'un rapport médical envoyé par votre médecin, il vous sera plus rapide de le contacter directement puisque nous devons obtenir son autorisation avant de vous le transmettre.

Pour veiller à vous fournir les meilleurs services possibles, nous traitons les demandes de remboursement dans différents pays à travers le monde.

Nous pouvons contrôler les dossiers médicaux des médecins et hôpitaux pour :

- prévenir et détecter les infractions, et plus particulièrement les fraudes,
- examiner les performances des spécialistes,
- s'assurer que nous sommes correctement facturés pour leurs services.

Ces contrôles peuvent être effectués dans le cadre d'un programme ou à la suite d'un événement donné.

Nous pouvons être amenés à partager vos informations à des tiers, notamment des experts médicaux, d'autres assurances et d'autres organismes soucieux de la détection et de la prévention des fraudes.

Dans certaines circonstances, nous sommes tenus par la loi de communiquer des informations aux services répressifs en cas de suspicion de demandes frauduleuses ou autres infractions. Cela peut impliquer l'ajout d'informations à caractère non médical à des bases de données accessibles par d'autres assureurs et par les services répressifs. Nous pouvons également être amenés à communiquer tout problème aux organismes de réglementation concernés quand nous avons une raison de douter de l'aptitude à pratiquer d'un prestataire médical.

Pour consulter l'intégralité de notre politique de confidentialité, rendez-vous sur [www.axaglobalhealthcare.com/privacynotice](http://www.axaglobalhealthcare.com/privacynotice)

## Soins de santé intégrés pour les programmes de santé collectifs

Si vous êtes adhérent au programme de santé d'une entreprise, votre employé peut également fournir ou utiliser notre service de médecine du travail et/ou notre programme d'aide aux employés. Ces services sont fournis par des sociétés distinctes.

Avec votre consentement, nous et ces sociétés partagerons des informations sensibles et/ou personnelles dans le cadre d'un besoin moral de connaître vos informations de base pour vous fournir, à vous et à votre employeur (dans le cas de services de médecine au travail et du programme d'aide aux employés) l'assistance et les conseils adéquats concernant votre santé.