



FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Complétez toutes les sections de ce formulaire et joignez-y les factures originales ainsi que les ordonnances. Les notes d'honoraires et factures doivent être acquittées et mentionner les nom et prénom du patient, la date des soins, ainsi que le nom, l'adresse, et le numéro de téléphone du praticien, de l'établissement hospitalier, du laboratoire ou du pharmacien. Les reçus de caisse qui ne font pas apparaître toutes ces informations ne sont pas acceptés.

Groupez vos demandes de façon à éviter des remboursements de faible montant et prenez la précaution de faire des photocopies de tous les documents avant de les adresser à :

A.C.S.

**A l'attention du service médical
153 Rue de l'Université 75007 Paris, France**

Réf. Souscription: _____

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse de correspondance: _____

Téléphone: _____ E-mail: _____

Les soins reçus sont en rapport avec:

Accident: Circonstances (date, lieu, détails): _____

Maladie: Nature de l'affection: _____

Détails des factures de soins ou Produits médicaux:

Date	Pays	Devise et montant réglé	Soins reçus
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____

Commentaires: _____

En cas de remboursement je souhaite recevoir:

Un chèque en euros, envoyé à l'adresse suivante:

Un virement bancaire (joindre coordonnées)

Pour toute demande d'assistance ou prise en charge d'une hospitalisation, contactez Mutuaide Assistance, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7:

• par téléphone
33.1.45.16.77.18
ou 33.1.45.16.43.81

• par télécopie
33.1.45.16.63.92
ou 33.1.45.16.63.94

• par e-mail
assistance@mutuaide.fr