



Service Médical : 03.20.33.96.76

medical@gapigestion.com

Du lundi au vendredi de 9h et 12h et de 14h à 17h

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Complétez toutes les sections de ce formulaire et joignez-y **les factures originales acquittées et feuilles de soins** ainsi que **les ordonnances/prescriptions** et **les comptes rendus médicaux**. Il vous faudra également joindre **une attestation d'assurance** nous permettant d'identifier correctement votre contrat ainsi que **vos RIB (compte zone SEPA)**. Nous attirons votre attention sur le fait que le RIB doit être à votre nom. S'il est au nom d'un tiers, il sera impératif de joindre une procuration écrite de votre part ainsi qu'une photocopie de votre pièce d'identité et de celle du tiers détenteur du compte. Prenez la précaution de faire des photocopies de tous les documents avant de les adresser à :

GAPI-GESTION – service Gapi Medical Center
Zone d'Activité ACTIBURO
99 Rue Parmentier 59 650 Villeneuve d'Ascq – France

Réf. Souscription :

Nom : Prénom :

Adresse de correspondance :

Téléphone : E-mail :

Les soins reçus sont en rapport avec :

Ouverture d'un dossier auprès de l'Assisteur : Si Oui N° :

Maladie / Accident : Circonstances (date, lieu, détails), Diagnostic (pathologie) et date :

Date des premiers symptômes :

Antécédents médicaux et chirurgicaux en lien direct ou indirect avec l'affection concernée :

DÉTAILS DES FACTURES :

	Date des soins	Montant en devise	Nature des soins	Commentaire
1				
2				
3				
4				
5				
6				

- Pour toute demande d'assistance ou prise en charge d'une hospitalisation, contactez Mutuaide Assistance (24h/24 et 7j/7) au numéro figurant sur votre attestation d'assurance
- Pour toute demande de remboursement de frais concernant des soins ambulatoires, contactez GAPIGESTION au 33.3.20.33.96.76 et par mail à medical@gapigestion.com

Date :

Signature précédée de la mention : « J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations transmises »

Signature du médecin