

ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE - PROCÉDURE SÉCURISÉE

Afin que notre Médecin Conseil puisse statuer sur votre demande de remboursement, il est impératif que votre médecin renseigne les informations demandées ci-dessous. Notre Médecin Conseil vous transmettra sa réponse dans un délai de 72 h suivant la réception de votre demande dûment complétée. Notre Médecin Conseil se réserve le droit de réclamer toutes les informations nécessaires.

| PARTIE RÉSERVÉE À L'ASSURÉ | |
|--|-----------------|
| Renseignements concernant l'entreprise <i>(à ne compléter que si vous êtes assuré par l'intermédiaire de votre entreprise)</i> | |
| Nom de l'entreprise : | N° de contrat : |
| Renseignements concernant l'assuré principal | |
| Nom et Prénom : | N° Client : |
| Nom de votre contrat : | E-mail : @ |

| PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN | |
|--|-----------------------------------|
| Nom de l'établissement hospitalier : | |
| Adresse : | |
| Téléphone : | Fax : |
| Nom du médecin : | |
| Adresse : | |
| Téléphone : | Fax : |
| Renseignements concernant le bénéficiaire de l'hospitalisation | |
| Nom et Prénom : | Sexe : |
| Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : / / | |
| Nature de l'hospitalisation | |
| Merci de bien vouloir renseigner les éléments suivants nécessaires à la prise en charge de l'hospitalisation du patient désigné ci-dessus | |
| Motif de l'hospitalisation : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Chirurgical <input type="checkbox"/> Accouchement <input type="checkbox"/> Cure thermique <input type="checkbox"/> Autre : | |
| <input type="checkbox"/> S'agit-il d'un accident ? Si oui : | Date (JJ/MM/AAAA) : / / |
| | Lieu : |
| Circonstances : | Nature des blessures : |
| <input type="checkbox"/> S'agit-il d'une césarienne ? Si oui : | Date (JJ/MM/AAAA) : / / |
| | Lieu : |
| <input type="checkbox"/> S'agit-il d'une maladie ? Si oui : | Laquelle : |
| | Diagnostic : |
| Date d'apparition des premiers symptômes (JJ/MM/AAAA) : / / | |
| Date du premier diagnostic (JJ/MM/AAAA) : / / | |
| Durée du séjour : | Date d'entrée (JJ/MM/AAAA) : / / |
| | Date de sortie (JJ/MM/AAAA) : / / |
| Coût prévisionnel de l'hospitalisation : | |
| Frais de séjour : | Honoraires des praticiens : |

| |
|---|
| Signature et cachet du praticien : |
| |
| Date : |

| |
|-------------------------------|
| Signature du patient : |
| |
| Date : |

Document confidentiel à retourner sous enveloppe cachetée à :

**APRIL International Care France
Service Courrier
Mr le Médecin-Conseil
1, rue du Mont - CS 80010
81700 Blan - FRANCE**

ou

**par fax : +33 (0)1 73 02 93 70
par e-mail :**

hospitalisation.expatri@april-international.com

