

## VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Le formulaire papier est destiné **uniquement** aux demandes de remboursement **supérieures à 500€**.

Merci de renseigner les champs ci-dessous et de joindre : vos **factures originales acquittées**, les copies des **ordonnances**, des **rapports médicaux**, et de votre **passport** (pages d'identification + tampon d'arrivée OU billet d'avion), ainsi que votre **visa PVT/WHV/EIC (uniquement pour les personnes titulaires d'un visa PVT)**. Les documents médicaux doivent toujours mentionner les nom et prénom du patient, la date des soins, les coordonnées 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 suffisants (une **facture détaillée** est indispensable). Merci de bien grouper vos demandes afin que nous puissions procéder au traitement de votre dossier dans son intégralité. Nous vous recommandons de photocopier/scanner tous les documents envoyés.

Vos demandes supérieures à 500€ sont à adresser par courrier postal, avec les factures originales, à :  
**ACS - Service Médical – à l'attention du Médecin conseil, 153 Rue de l'Université 75007 Paris, FRANCE**

Les demandes **inférieures à 500€** sont à adresser **exclusivement** via notre plateforme en ligne dédiée : <https://clems.acs-ami.com>  
**ATTENTION** : L'assureur se réserve le droit de demander à tout moment les ORIGINAUX des pièces justificatives pendant une durée de 18 ou 24 mois, comme indiqué dans les conditions générales de votre contrat.

N° attestation/certificat : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Les soins reçus sont en rapport avec :

**Accident** : Circonstances (date, lieu, détails) : \_\_\_\_\_

**Une maladie / Diagnostic** : Pathologie et date : \_\_\_\_\_

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

**Date des premiers symptômes** : \_\_\_\_\_

Détails des factures de soins ou Produits médicaux :

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

Commentaires : \_\_\_\_\_

En cas de remboursement je souhaite recevoir un virement :

Vers un compte bancaire en euros (*joindre codes IBAN et BIC*)

Vers un compte bancaire en devise étrangère (*joindre un document officiel avec coordonnées bancaires complètes et le code SWIFT*)

Vers un compte tiers (*joindre en plus des coordonnées bancaires complètes la copie de passeport du titulaire du compte et une autorisation écrite de l'assuré à recevoir le remboursement sur le compte tiers OU si l'assuré est mineur, la copie de la pièce d'identité du parent assuré*)



**ACS – SOCIÉTÉ DE COURTAGE D'ASSURANCES**

153 RUE DE L'UNIVERSITÉ 75007 PARIS - FRANCE  
TÉL. +33 (0)1 40 47 91 00

✉ [contact@acs-ami.com](mailto:contact@acs-ami.com)

🌐 [www.acs-ami.com](http://www.acs-ami.com)

317 218 188 RCS Paris – S.A.S. au capital de 150 000 € - N° ORIAS 07 000 350 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))

Pour toute réclamation, vous pouvez écrire à notre Service Réclamations, à l'adresse ci-contre.

Exerce sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR),

4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 France