

Demande de remboursement de frais médicaux



Pour déclarer votre sinistre merci de fournir les justificatifs suivants: copie du **décompte de la sécurité sociale et/ou de l'organisme complémentaire** si vous en avez un, **ou** dans le cadre d'un **refus** de la sécurité sociale et/ou de l'organisme complémentaire les **factures originales acquittées** ; ainsi que copie des **ordonnances**, copie des **rapports et/ou comptes rendus médicaux** et pages d'identification de votre passeport + du tampon d'arrivée OU à défaut votre billet d'avion.

Les documents doivent toujours mentionner les nom et prénom du patient, la date des soins, les coordonnées du praticien, de l'établissement hospitalier, du laboratoire ou de la pharmacie. Un simple reçu de caisse n'est pas recevable.

Durant l'étude de votre demande, nous pourrions vous demander tout autre justificatif complémentaire nécessaire. Merci de grouper vos demandes de remboursement se référant à la même pathologie ou au même accident.

Les demandes dont le montant total est **inférieur à 500€** doivent être déclarées en ligne : <https://clems.acs-ami.com>.

Les demandes dont le montant total est **supérieur à 500€** doivent être adressées par courrier postal, accompagné du formulaire ci-dessous complété, à :

ACS - Service Médical – à l'attention du Médecin conseil, 153 Rue de l'Université 75007 Paris, FRANCE
(Nous vous recommandons de photocopier/scanner tous les documents envoyés)

Conservez tous les originaux pendant 24 mois, l'assureur se réserve le droit de les demander en cas de contrôle.

N° de certificat : _____ Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse de correspondance complète:

Téléphone: _____ E-mail personnel: _____

(Code pays + Numéro, exemple : +33 1 23 45 67 89)

Les soins reçus sont en rapport avec (si besoin compléter sur feuille libre) :

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

Une Maladie / Diagnostic - Pathologie et date (Exemple : angine 12/09) :

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

Date des premiers symptômes : _____ (JJ/MM/AAAA)

Détails des factures de soins ou Produits médicaux:

Date des soins (JJ/MM/AAAA)	Pays	Devise et montant réglé	Soins reçus
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Commentaires:

En cas de remboursement je souhaite recevoir:

Un virement sur un compte bancaire en euros (joindre codes IBAN et BIC)

Un virement sur un compte bancaire en devise étrangère (joindre document officiel avec coordonnées bancaires complètes et code SWIFT) **Attention : les virements internationaux sont soumis à des frais bancaires variables et acceptés pour un remboursement minimum de 50€.**

Un virement bancaire sur un compte tiers : joindre en plus la copie de passeport du titulaire du compte et une autorisation écrite de l'assuré à recevoir le remboursement sur le compte tiers.