DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ

Ce document doit être complété par l'assuré principal du contrat. Vous devez y joindre les prescriptions médicales[1] ainsi que les factures originales détaillées et acquittées par vos soins. Si les soins ont donné lieu à une demande d'entente préalable[2], merci de bien vouloir joindre la copie de notre accord à cette demande d'entente préalable.

Merci de retourner ces éléments à : APRIL International Expat - 110, avenue de la République - CS 51108
75127 Paris Cedex 11 - FRANCE.

[1] Prescription médicale : recommandation écrite faite par un médécin d'actes médicaux, d'examens et/ou de médicaments.
[2] Demande d'entente préalable : imprimé complété par une autorité médicale compétente permettant d'obtenir l'accord préalable d'APRIL International Expat pour certains actes ou traitements.

Renseignements concernant votre entreprise

(à compléter si vous êtes assuré par l'intermédiaire de votre entreprise)

Nom de l'entreprise :

N° de contrat d'entreprise :

Renseignements concernant l'assuré principal

Nom :	Prénom :
N° Client :	Nom de votre contrat :

Vos dépenses de santé

Si les soins sont liés à la maternité, merci de nous adresser la déclaration de grossesse.

Bénéficiaire des soins *(nom et prénoms)*	**Date des soins** *(JJ/MM/AAAA)*	**Description des soins engagés** *(préciser si ceux-ci résultent d'un accident)*	**Montant des soins acquittés** *(préciser la devise)*

Je soussigné, M/Mme....., assuré(e) APRIL International Expat, certifie sur l'honneur avoir réglé les divers soins pratiqués ci-dessus et ne pas bénéficier, ni mes ayants droit de prestations complémentaires par d'autres organismes. J'autorise le Médecin Conseil d'APRIL International Expat à prendre connaissance des données médicales me concernant. Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus. Toute information qui s'avèrerait erronée, falsifiée, exagérée ou toute déclaration frauduleuse entraînera la responsabilité de l'assuré et sera passible de poursuites. Cette déclaration concerne l'ensemble des personnes dont je suis le représentant légal et qui bénéficient de la même couverture que moi.

À .....

Le .....

Signature de l'assuré principal :