



PRISES EN CHARGE

Une prise en charge directe des dépenses peut être effectuée par **B.I.L. Assurances** pour les hospitalisations (séjours comportant au moins une nuit) ainsi que pour les soins externes si leur montant est supérieur à 1 000 euros, si votre contrat prévoit un remboursement à 100% des ces dépenses

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Pharmacie : sont remboursées les fournitures pharmaceutiques prescrites par un médecin, à l'exception des produits diététiques, hygiéniques, cosmétologiques, sauf entente préalable de **B.I.L. Assurances**.

Traitements ostéopathiques : sont remboursés les seuls traitements effectués par un médecin.

Traitements psychothérapeutiques : sont remboursés les seuls traitements effectués par un médecin (entente préalable requise à partir de la 5^{ème} consultation).

IMPORTANT

Certains traitements sont soumis à l'accord préalable de la **Commission Médicale de B.I.L. Assurances**, avant le début des soins (formulaire disponible) : hospitalisations (y compris l'accouchement), les actes en série délivrés par les auxiliaires médicaux, les traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques (dès lors que le nombre de séances est supérieur à 5), les prothèses médicales, prothèses dentaires et l'orthodontie.

La demande d'entente préalable (formulaire **B.I.L. Assurances**) doit être adressée, au moins 15 jours avant la date prévue du début du traitement, sous pli confidentiel à :

Commission Médicale B.I.L. Assurances – B.P. 35 - 74270 – FRANGY - FRANCE.

frais-de-sante@bil-assurances.fr - Fax : 00 33 4 50 02 05 65

Elle est complétée par le praticien traitant et le dossier doit comporter la description détaillée des soins accompagnée d'un devis précis.

En cas de soins urgents, l'entente préalable n'est pas requise. Néanmoins, vous devrez contacter **B.I.L.** dans les 3 jours suivant le début des soins.

Merci de retourner ce document accompagné de la prescription médicale et de la facture détaillée et acquittée à :

B.I.L. Assurances
BP 35 - 74270 - FRANGY
France

INFORMATIONS PRATIQUES

Ce document est indispensable pour toute demande de remboursement de frais médicaux. Il doit être complété par le patient d'une part et le praticien d'autre part, puis adressé à : **B.I.L. Assurances – BP 35 - 74270 FRANGY – France**.

La demande de remboursement doit être accompagnée de la prescription médicale et de la facture originale détaillée, acquittée par l'assuré ou le patient.

Joindre un relevé d'identité bancaire lors de la première demande de remboursement ou en cas de changement des coordonnées bancaires

L'ASSURE

NOM : _____

PRENOM : _____

N° d'identification B.I.L. : _____

Pays où ont été dispensés les soins : _____

Téléphone : _____ Email : _____

LE PATIENT (Si Patient différent de l'Assuré)

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Les soins sont ils consécutifs à un accident : OUI NON

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés sur la demande de remboursement.

La fraude ou fausse déclaration expose à la radiation, la peine d'amende et/ou d'emprisonnement (Articles L766-1-3, L114-13 du code de la Sécurité sociale et 441.1 du code pénal).

Signature de l'assuré :

A COMPLETER PAR LE PRATICIEN TRAITANT

MEDECINE AMBULATOIRE

	Montant
<input type="checkbox"/> Consultation	_____
<input type="checkbox"/> Généraliste (C)	_____
<input type="checkbox"/> Spécialiste (CS)	_____
<input type="checkbox"/> Professeur (CP)	_____
<input type="checkbox"/> Neuro-psychiatre (CN)	_____
<input type="checkbox"/> Radiologie (Z)	_____
<input type="checkbox"/> Biologie (B)	_____
<input type="checkbox"/> Pharmacie (PN)	_____
<input type="checkbox"/> Auxiliaires médicaux	_____
<input type="checkbox"/> Vaccinations (VAC)	_____
<input type="checkbox"/> Transport en ambulance (AB)	_____
<input type="checkbox"/> Cures Thermales (TH)	_____
<input type="checkbox"/> Acte de chirurgie ambulatoire (K)	_____
<input type="checkbox"/> Autres actes ou traitement :	_____
_____	_____

TRAITEMENT DE LA STERILITE

<input type="checkbox"/> Insémination artificielle (IA)	_____
<input type="checkbox"/> Fécondation In Vitro (FIV)	_____
<input type="checkbox"/> Autres actes ou traitement :	_____
_____	_____

PROTHESES MEDICALES

	Montant
<input type="checkbox"/> Prothèses auditives (OR)	_____
<input type="checkbox"/> Prothèses orthopédiques (OR)	_____

OPTIQUE

<input type="checkbox"/> Verres (VER)	_____
<input type="checkbox"/> Montures (ML)	_____
<input type="checkbox"/> Lentilles (LEN)	_____

SOINS, PROTHESES DENTAIRES, ORTHODONTIE ...

<input type="checkbox"/> Soins dentaires (SD)	_____
<input type="checkbox"/> Prothèse dentaire fixe (PD)	_____
<input type="checkbox"/> Prothèse dentaire adjointe (PD)	_____
<input type="checkbox"/> Inlays / Onlays (PD)	_____
<input type="checkbox"/> Inlays core (PD)	_____
<input type="checkbox"/> Orthodontie (Toutes phases de traitement) (OTH)	_____
<input type="checkbox"/> Paradontologie (Tous actes) (SD)	_____
<input type="checkbox"/> Implantologie	_____
<input type="checkbox"/> Scanner pré-implantaire (Z)	_____
<input type="checkbox"/> Chirurgie implantaire (IMP)	_____
<input type="checkbox"/> Autres actes ou traitement :	_____
_____	_____

Date des soins : ____ / ____ / 20____

Cachet et signature du professionnel de santé

Signature du Patient