



INTERNATIONALE ASSURANCE S.A.

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION MÉDICALE

No de Ticket : _____

Cadrement réservé à la INASSA

Police: _____

Réclamation: _____

Registre: _____

Instructions pour éviter tout retard dans le paiement d'indemnité:

1 Répondre à toutes les questions **1 2 3**

2 Faire remplir la section **4** par l'employeur et les sections **5** et **6** par le médecin traitant

3 Renvoyer ce formulaire complété daté et signé à la INASSA ainsi que les originaux des prescriptions, factures ou reçus

1 INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom et prénom de l'assuré : _____ Date de naissance : _____ JJ|MM|AAAA

CIN/NIF : _____ Tél : _____ Courriel : _____

Adresse permanente : _____ (Rue) (Ville) (Pays) Nom de l'employeur : _____

Êtes-vous couvert par un autre plan d'assurance local ou étranger ? **NON** ☐ **OUI** ☐ Si OUI, lequel(s) _____

Si la réclamation concerne un dépendant de l'assuré

Nom et prénom du dépendant : _____ Âge : _____

Date de naissance : _____ Degré de parenté : _____

1. Le dépendant est-il couvert par un autre plan d'assurance local ou étranger ? **NON** ☐ **OUI** ☐ Si OUI, lequel(s) _____

2. Si le dépendant est un enfant âgé de 19 à 23 ans, est-il célibataire / non marié ? **NON** ☐ **OUI** ☐ (Si NON il n'est pas éligible)

Dépend-il de vous financièrement ? **NON** ☐ **OUI** ☐ (Si OUI annexer un certificat scolaire)

3. Le dépendant est-il employé dans une entreprise ? **NON** ☐ **OUI** ☐

Si OUI, indiquer le nom de l'employeur : _____

2 COCHEZ CE QUI S'APPLIQUE À VOTRE RÉCLAMATION ET REMPLISSEZ

A. Maladie ☐ Nature: _____ Date 1ers symptômes : _____ JJ|MM|AAAA Date 1er traitement : _____ JJ|MM|AAAA

B. Grossesse ☐

C. Accident ☐ Accident de travail **NON** ☐ **OUI** ☐ Date et heure : _____ Lieu de l'accident : _____

Comment l'accident est-il arrivé? _____

3 RELEVÉ DES DÉPENSES (Annexer les originaux de toutes les factures et les pièces justificatives relatives à la réclamation).

DESCRIPTION	MONTANT (HTG)	DESCRIPTION	MONTANT (HTG)

Par la présente je certifie que tous les renseignements sus-mentionnés sont sincères et corrects. J'autorise l'hôpital, les médecins ou toutes autres institutions médicales, mon employeur à fournir à INASSA ou à son représentant éventuel tous renseignements sur l'état de santé, l'historique médicale, les consultations ou traitements, et autres.

Les photocopies de la présente autorisation feront foi aussi bien que l'original. Cette autorisation restera valable pendant un an à partir de la date de la signature.

Date

Signature de l'employé

Signature du conjoint
(S'il est l'auteur de la réclamation)

4 À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Nom et prénom de l'assuré : _____
Date de prise d'effet de l'assurance de l'employé : _____ Numéro de la Police : _____
Institution : _____ No Tél : _____ Courriel : _____
Certifié par : _____ Date : _____

5 À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom et prénom de l'assuré : _____

a. Diagnostic et état de santé actuel : _____

b. L'état de santé actuel du patient est-il dû à un accident ou une maladie survenue en cours d'emploi ? **NON** ☐ **OUI** ☐

S'agit-il d'une grossesse ? **NON** ☐ **OUI** ☐ Si OUI: DDR _____ DPA : _____

c. Donner un compte-rendu des soins prodigués (Joindre les notes d'honoraires. Dans le cas où un formulaire aurait déjà été rempli, n'indiquer que les dates et la nature des soins prodigués depuis le dernier rapport.)

DATE DES SOINS	LIEU	DESCRIPTIONS DES SOINS CHIRURGICAUX OU MÉDICAUX PRODIGUÉS Code de procédure (le cas échéant) (donner une description s'il ne s'agit pas du code CPT)	COÛT (HTG)

CPT = Terminologie

de procédure courante (édition actuelle)

Code de procédure :

+O = Clinique du médecin

H = Domicile du patient

NH = Clinique privée

IH = Hôpital internement

OH = Hôpital pour externe

OL = Autres établissements

COÛT TOTAL (HTG)

MONTANT VERSÉ (HTG)

SOLDE DÛ (HTG)

d. Date d'apparition des premiers symptômes ou de l'accident : _____

e. Date de la première consultation du patient, afin d'atteindre le présent diagnostic : _____

f. Le patient vous a-t-il déjà consulté pour un cas pareil ? **NON** ☐ **OUI** ☐

Si OUI, indiquer quand et donner une description : _____

g. Le patient est-il toujours sous votre surveillance ? **NON** ☐ **OUI** ☐

h. Le patient est-il complètement handicapé ?

NON ☐ **OUI** ☐

(Incapable de travailler)

Préciser la période: Du _____ Au _____

6 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU MÉDECIN

(Tous les renseignements médicaux ont été soumis en toute conscience professionnelle)

Nom et prénom du médecin : _____ Spécialité : _____ NIF : _____

Numéro de licence : _____ Courriel : _____ Tél : _____

Adresse : _____ Signature : _____ Date : _____

(Photocopie de licence si c'est la première réclamation)

BÉNÉFICE DE L'INDEMNITÉ (Partie réservée à l'assuré)

Je soussigné(e) _____ demande que l'indemnité qui m'est destinée,
conformément à la police, soit versée à _____

Nom de l'employé

Signature de l'employé



INTERNATIONALE ASSURANCE S.A.

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DENTAIRE

No de Ticket : _____

Cadrement réservé à la INASSA

Police: _____

Réclamation: _____

Registre: _____

Instructions pour éviter tout retard dans le paiement d'indemnité:

1 Répondre à toutes les questions **1 2 3**

2 Faire remplir la section **4** par l'employeur et les sections **5** et **6** par le médecin traitant

3 Renvoyer ce formulaire complété daté et signé à la INASSA ainsi que les originaux des prescriptions, factures ou reçus

1 INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom et prénom de l'assuré : _____ Date de naissance : _____ JJ|MM|AAAA

CIN/NIF : _____ Tél : _____ Courriel : _____

Adresse permanente : _____ (Rue) _____ (Ville) _____ (Pays) Nom de l'employeur : _____

Êtes-vous couvert par un autre plan d'assurance local ou étranger ? **NON** ☐ **OUI** ☐ Si OUI, lequel(s) _____

Si la réclamation concerne un dépendant de l'assuré

Nom et prénom du dépendant : _____ Âge : _____

Date de naissance : _____ Degré de parenté : _____

1. Le dépendant est-il couvert par un autre plan d'assurance local ou étranger ? **NON** ☐ **OUI** ☐ Si OUI, lequel(s) _____

2. Si le dépendant est un enfant âgé de 19 à 23 ans, est-il célibataire / non marié ? **NON** ☐ **OUI** ☐ (Si NON il n'est pas éligible)

Dépend-il de vous financièrement ? **NON** ☐ **OUI** ☐ (Si OUI annexer un certificat scolaire)

3. Le dépendant est-il employé dans une entreprise ? **NON** ☐ **OUI** ☐

Si OUI, indiquer le nom de l'employeur : _____

2 COCHEZ CE QUI S'APPLIQUE À VOTRE RÉCLAMATION ET REMPLISSEZ

A. Maladie ☐ Nature: _____ Date 1ers symptômes : _____ JJ|MM|AAAA Date 1er traitement : _____ JJ|MM|AAAA

B. Grossesse ☐

C. Accident ☐ Accident de travail **NON** ☐ **OUI** ☐ Date et heure : _____ Lieu de l'accident : _____

Comment l'accident est-il arrivé? _____

3 RELEVÉ DES DÉPENSES (Annexer les originaux de toutes les factures et les pièces justificatives relatives à la réclamation).

DESCRIPTION	MONTANT (HTG)	DESCRIPTION	MONTANT (HTG)

Par la présente je certifie que tous les renseignements sus-mentionnés sont sincères et corrects. J'autorise l'hôpital, les médecins ou toutes autres institutions médicales, mon employeur à fournir à INASSA ou à son représentant éventuel tous renseignements sur l'état de santé, l'historique médicale, les consultations ou traitements, et autres. Les photocopies de la présente autorisation feront foi aussi bien que l'original. Cette autorisation restera valable pendant un an à partir de la date de la signature.

Date

Signature de l'employé

Signature du conjoint
(S'il est l'auteur de la réclamation)

4 À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

Nom et prénom de l'assuré : _____
Date de prise d'effet de l'assurance de l'employé : _____ Numéro de la Police : _____
Institution : _____ No Tél : _____ Courriel : _____
Certifié par : _____ Date : _____

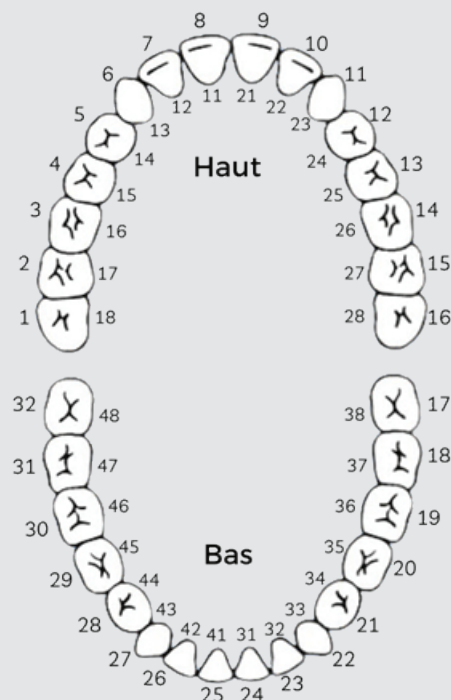
5 À REMPLIR PAR LE DENTISTE

Nom et prénom de l'assuré : _____

a. Diagnostic et état de santé actuel : _____

b. L'état de santé actuel du patient est-il dû à un accident ou une maladie survenue en cours d'emploi ? **NON** ☐ **OUI** ☐

c. Donner un compte-rendu des soins prodigués (Joindre les notes d'honoraires. Dans le cas où un formulaire aurait déjà été rempli, n'indiquer que les dates et la nature des soins prodigués depuis le dernier rapport.)



- ☐ Prothèse amovible
☐ Résine
☐ Métal
☐ Maxillaire supérieur
☐ Mandibule : nombre de dents _____

- ☐ Réparation _____
☐ Fracture _____
☐ Adjonction / Remplacement - Dent / Crochet _____
☐ Dévitalisation ou Endodontie _____

N° DE DENT TRAITÉE	DATE JJ/MM/AAAA	DESCRIPTION	COÛT (HTG)
COÛT TOTAL (HTG)			
MONTANT VERSÉ (HTG)			
SOLDE DÛ (HTG)			

DESCRIPTION DE LA PROTHÈSE

Numéros dents à préciser

- ☐ Couronne _____ ☐ Dent à tenon _____
☐ Prothèse fixe (bridge) _____ ☐ Piliers (N° dent) _____
☐ Implant _____

6 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DENTISTE

(Tous les renseignements médicaux ont été soumis en toute conscience professionnelle)

Nom et prénom du dentiste : _____ Spécialité : _____ NIF : _____

Numéro de licence : _____ Courriel : _____ Tél : _____

Adresse : _____ Signature : _____ Date : _____

(Photocopie de licence si c'est la première réclamation)

BÉNÉFICE DE L'INDEMNITÉ (Partie réservée à l'assuré)

Je soussigné(e) _____ demande que l'indemnité qui m'est destinée,
conformément à la police, soit versée à _____

Nom de l'employé

Signature de l'employé