



Formulaire de Réclamation

Recto (à être rempli par l'Assuré)

NOUS VOUS PRIONS DE SUIVRE LES DIRECTIVES SUIVANTES POUR NOUS PERMETTRE DE BIEN REGLER VOTRE RECLAMATION

- Veuillez répondre à toutes les questions
 - Datez et signez votre formulaire de réclamation
 - Assurez-vous que le médecin traitant ait bien complété le verso de ce formulaire, daté, signé et scellé
 - Ce formulaire, une fois rempli, veuillez le renvoyer à ALSA Santé accompagné des originaux des factures, des prescriptions médicales, des bordereaux de pharmacie dans un délai ne dépassant pas 60 jours à compter du début de la date du traitement de la maladie ou de l'accident par le médecin.
- IMPORTANT : Les reçus de paiement en espèces (cash), carte de crédit dépourvus d'entête des prestataires seront refusés.

A-INFORMATION / ASSURÉ (E)

Nom et Prénom de l'Assuré : _____ Date de naissance de l'Assuré : _____
 Numéro de la Police d'assurance : _____ Numéro du CIN / NIF de l'Assuré : _____
 Nom de l'Employeur : _____ Adresse de l'Employeur : _____
 Numéro de téléphone l'Employeur : _____ Adresse électronique de l'Employeur : _____
 Etes-vous couvert par un plan d'assurance autre que celui de la ALSA ? **OUI** **NON**
 Si « **OUI** », indiquez le nom de la Compagnie d'Assurance _____
 Adresse: _____

B-INFORMATION / PATIENT (E)

Nom et prénom du Patient _____ Date de naissance du Patient _____
 Lien de Parenté avec l'Assuré (e) : _____ Numéro du CIN / NIF du Patient : _____
 Le dépendant est-il couvert par un plan d'assurance autre que celui de la ALSA ? **OUI** **NON**
 Si la réponse est **OUI**, indiquez le nom de la Compagnie d'Assurance _____
 Adresse : _____

C-INFORMATION / MALADIE

Nature de la maladie et date de l'apparition des premiers symptômes : _____

 Avez-vous reçu des soins antérieurement pour un cas pareil? **OUI** **NON**
 Si la réponse est **OUI**, indiquez le nom et l'adresse du médecin qui vous a prodigué ces soins ? _____
 Adresse : _____

D-LISTE DES DOCUMENTS PRÉSENTÉS

<input type="checkbox"/> Dossiers médicaux avec diagnostic final		
<input type="checkbox"/> Factures et/ou reçus d'hôpital et/ou Clinique		
<input type="checkbox"/> Factures et/ou reçus de médecins		
<input type="checkbox"/> Médicaments d'ordonnance avec dosage		
<input type="checkbox"/> Facture (s) de Pharmacie (Préciser le(s) Médicament(s))		
<input type="checkbox"/> Laboratoire	<input type="checkbox"/> Résultat (s)	<input type="checkbox"/> Bordereau (x)
<input type="checkbox"/> Radiologie	<input type="checkbox"/> Résultat (s)	<input type="checkbox"/> Bordereau (x)
<input type="checkbox"/> Informations additionnelles	<input type="checkbox"/> Résultat (s)	<input type="checkbox"/> Bordereau (x)
		TOTAL

Commentaires :

Je certifie que tous les renseignements mentionnés ci-dessus sont sincères, corrects et n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur. J'autorise donc les médecins, hôpitaux, compagnies d'assurance, autres institutions ou personnes quelles qu'elles soient et dans les limites légales, de fournir à la ALSA ou à ses représentants, toutes les informations sur l'historique de mon état de santé, mes antécédents médicaux, mes hospitalisations, recommandations, diagnostics, traitements ou maladies.

Toute photocopie de la présente autorisation fera foi.

Signature de l'Employé : _____ Signature du patient : _____ Date : _____



Formulaire de Réclamation

Verso (à être rempli par le médecin traitant)

1- Date de la première consultation du patient : _____

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

2- Diagnostic ou impression clinique : _____

Conditions associées : _____

Etat de santé actuel : _____

Situation de grossesse et informations relatives

Date des dernières règles : _____ Date de la première consultation : _____

Informations complémentaires ou complications : _____

Etat de santé actuel : Le patient vous a-t-il déjà consulté pour un cas pareil ? **OUI** **NON**

Si la réponse est **OUI**, prière d'indiquer la date et la nature des traitements : _____

Le patient est-il toujours sous votre surveillance ? **OUI** **NON** Date de l'incapacité de travailler : du JJ/MM/AAAA au JJ/MM/AAAA

Date des soins	Lieu	Description complète de la Procédure	Coût

Versement effectué par le patient : Balance due : Coût total :

Remarques additionnelles relatives aux soins : _____

CPT : Terminologie Courante de Procédure

+O : Clinique du médecin
H : Domicile du Patient

IH : Hôpital d'internement
OH : Hôpital pour externes
Cession d'indemnités

OL : Autre établissement

J'autorise par la présente le paiement direct au (aux) médecin(s) dans les cas applicables, désignés sur ce formulaire de remboursement, des indemnités prévues par la présente police d'assurance, qui seraient autrement payables à moi, sans excéder toutefois les charges régulières pour le traitement et/ou les services fournis. Il est entendu que je suis financièrement responsable de toutes les charges non couvertes par la police.

A signer par le réclamant seulement si le paiement doit être effectué directement au médecin _____

Signature de l'Assuré

Signature du Médecin

Date et sceau du médecin