

DEMANDE DE REMBOURSEMENT MyTEMPO COVER

À faire compléter par votre médecin pour toute demande de remboursement

Nous vous invitons à lire attentivement ce document avant toute demande de remboursement.
Un dossier complet est traité plus rapidement.

Quels documents joindre à votre demande de remboursement ?

Merci de nous faire parvenir :

- › ce formulaire de remboursement complété et signé par votre médecin,
- › votre facture médicale et preuve de paiement,
- › la prescription médicale,

- › en cas d'accident, le rapport d'accident (rapport détaillant les circonstances de l'accident),
- › une copie de votre passeport, comprenant la page tamponnée de l'arrivée de votre voyage,
- › votre RIB si vous ne nous l'avez pas transmis.

L'application Easy Claim est disponible pour toutes vos demandes inférieures à 1 000€.

PERSONNE ASSURÉE

Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom de l'époux) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

Référence du contrat :

Date d'émission du certificat d'assurance (JJMMAAAA) : / /

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

1 Depuis quand suivez-vous le patient (date de première consultation) ? / /

a) De quelle pathologie est atteint le patient (diagnostic détaillé avec stade) ?

2 b) S'agit-il d'un accident : OUI NON D'une maladie : OUI NON D'une grossesse : OUI NON

c) Quelle est la cause de la pathologie ? Quelles sont les circonstances de l'accident ?

a) Pouvez-vous détailler les circonstances de la découverte de la pathologie ou de l'accident ?

3 b) Date(s) d'apparition des premiers symptômes (JJMMAAAA) ?

c) Date de diagnostic (JJMMAAAA) : / /

a) S'agit-il d'une récurrence de pathologie antérieure ? OUI NON

4 b) Date du premier épisode : / / Date de la première consultation : / /

c) Nature des symptômes et des traitements antérieurs :

5 Existe-t-il une ou des pathologies préexistantes ou aggravantes ? OUI NON Si OUI, lesquelles et quelle est la date du diagnostic (JJMMAAAA) ? / /

6 Y a-t-il un traitement prescrit et/ou plan de soins en cours ou programmé ? OUI NON Merci de joindre la (les) prescription(s) datée(s) et d'indiquer les traitements :

7 Les soins prescrits au titre de cette pathologie sont-ils urgents (si oui, sous quels délais) ? OUI NON

Ce certificat est remis en mains propres à la demande de l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droits.

Nom, prénom et adresse du médecin :

Tampon et signature du médecin :



CLAIM FOR REIMBURSEMENT MyTEMPO COVER

To be completed by your doctor for all claims for reimbursement

Please read this document carefully before making any claim.
A complete file is processed more quickly.

What documents should you enclose with your claim?

Please send us:

- › this reimbursement form completed and signed by your doctor,
- › your medical invoice and proof of payment,
- › the medical prescription,

- › in the event of an accident, the accident report (report detailing the circumstances of the accident),
- › a copy of your passport, including the stamped page showing your arrival date,
- › your bank details if you have not already sent them to us.

The Easy Claim app is available for all your claims under €1,000.

INSURED PERSON

Surname and first name (followed, if applicable, by the spouse's name):

Date of birth (DDMMYYYY): / /

Contract reference:

Date of issuance of the insurance certificate (DDMMYYYY): / /

CONFIDENTIAL MEDICAL QUESTIONNAIRE

1 How long have you been in charge of the patient (date of first consultation)? / /

a) What is the patient's condition (detailed diagnosis and stage)?

2 b) Does it concern an accident: YES NO An illness: YES NO A pregnancy: YES NO

c) What is the cause of the condition? What are the circumstances of the accident?

a) Can you give details of the circumstances in which the condition or accident was discovered?

3 b) Date(s) of first symptoms (DDMMYYYY)?

c) Date of diagnosis (DDMMYYYY): / /

a) Is it a recurrence of a previous condition? YES NO

4 b) Date of the first episode: / / Date of the first consultation: / /

c) Nature of symptoms and previous treatments:

5 Are there any pre-existing or aggravating conditions? YES NO If YES, which conditions and what is the date of diagnosis (DDMMYYYY)? / /

6 Is there a prescribed treatment and/or care plan in progress or scheduled? YES NO Please attach dated prescription(s) and indicate treatments:

7 Is the treatment prescribed for this condition urgent (if so, how soon)? YES NO

This certificate is provided at the request of the person concerned for all legal intents and purposes.

Doctor's surname, first name and address:

Doctor's stamp and signature:

