

# Formulaire de demande de remboursement pour soins dentaires



## Remplir ce formulaire

- Utilisez ce formulaire pour soumettre une demande de remboursement pour soins dentaires.
- Veillez à répondre à toutes les questions et à signer la déclaration.
- Veuillez écrire lisiblement en lettres majuscules.
- Si vous avez des questions, appelez-nous au +44 (0) 330 333 6686.

## Prochaine étape

Envoyez-nous votre formulaire dûment rempli, accompagné des documents relatifs à votre demande d'indemnisation, y compris les factures, les reçus de paiement et les éventuels rapports médicaux, en utilisant **une** des options suivantes. Veuillez noter que vous devez conserver les originaux de vos factures et reçus pendant six mois à des fins d'audit, sauf en cas d'envoi par la poste où les originaux doivent être inclus, auquel cas des photocopies doivent être conservées.

**En ligne :** MyIMG

**E-mail :** GPMclaims@imglobal.com

**Fax :** +44 (0) 330 333 6687

### Adresse

**postale :** Équipe d'indemnisation Global Prima

B.P. : 1114 Cardiff CF11 1UL Royaume-Uni

## 1 Coordonnées du patient

Titre

M.  Mme  Mlle  Mlle  Autre

Prénom(s)

Nom de famille

Numéro ID de la pathologie ou référence du dossier (si disponible)

Numéro(s) de mobile à contacter

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

Prénom(s) du preneur d'assurance

Numéro client

Adresse électronique

En fournissant une adresse électronique et un numéro de mobile, vous acceptez les notifications électroniques (y compris les courriels et les SMS) aux fins du traitement de vos demandes.

## 2 Détails de paiement

Veillez confirmer à qui nous devons envoyer le paiement : Payer le prestataire  Rembourser l'assuré/le patient (remplir le formulaire ci-dessous)

Nom du titulaire du compte (exactement comme il est enregistré auprès de votre banque)

Numéro de compte / IBAN (Votre numéro de compte peut être composé de 8 à 34 chiffres. En dehors du Royaume-Uni, veuillez saisir l'IBAN, exemple d'IBAN : GB17BUKB20182703450546)

Code guichet (compte détenu au Royaume-Uni uniquement)

Code Swift ou BIC (compte détenu en dehors du Royaume-Uni, ce code est composé de 8 ou 11 caractères et constitue l'identifiant unique de votre banque, exemples : AIBKGB2X ou BARCGB22XXX)

Devise de paiement

Nom de la banque

Adresse de la banque

Code postal

Pays

Code de routage

Code BSB/ABA/Transit

**Nous vous recommandons de contacter votre banque pour confirmer les détails de paiement corrects afin de vous assurer que vous recevez bien les fonds envoyés depuis le Royaume-Uni. Certains pays et certaines banques exigent des informations supplémentaires lors de la réception de paiements internationaux.**

### 3 Description des dépenses

Cochez, puis donnez les détails à droite	Montant facturé (et devise)	Date du traitement (JJ-MM-AAAA)
<input type="checkbox"/> Examen de routine, y compris bilan de santé et radiographies		
<input type="checkbox"/> Nettoyage et polissage (effectués par un praticien dentaire ou un hygiéniste)		
<input type="checkbox"/> Plombages (amalgame ou composite)		
<input type="checkbox"/> Extractions		
<input type="checkbox"/> Extraction de dents de sagesse réalisée en chirurgie dentaire		
<input type="checkbox"/> Nouvelle couronne en porcelaine ou incrustation en porcelaine		
<input type="checkbox"/> Réparation d'une couronne ou d'une incrustation		
<input type="checkbox"/> Traitement du canal radiculaire		
<input type="checkbox"/> Nouveau bridge		
<input type="checkbox"/> Réparation d'un bridge		
<input type="checkbox"/> Nouvelles prothèses dentaires		
<input type="checkbox"/> Traitement dentaire d'urgence pour soulager la douleur, y compris le traitement d'un abcès, la reconstruction d'une dent fêlée ou cassée ou une obturation temporaire.		
<input type="checkbox"/> Traitement orthodontique (pour déplacer les dents ou ajuster l'os sous-jacent) lorsque cela est médicalement nécessaire pour la santé bucco-dentaire.		
<input type="checkbox"/> Dommages accidentels causés à des dents naturelles saines, perdues ou endommagées lors d'un accident. Le traitement doit avoir lieu dans les 5 jours suivant l'accident.		
<input type="checkbox"/> Chirurgie dentaire effectuée dans un hôpital par un chirurgien buccal et maxillo-facial ou un dentiste restaurateur. Notamment l'extraction chirurgicale des dents de sagesse incluses ou enfouies et l'extraction de racines enfouies complexes.		
<input type="checkbox"/> Apicectomie réalisée dans un hôpital par un chirurgien buccal et maxillo-facial ou un dentiste restaurateur.		

La demande d'indemnisation résulte-t-elle d'un accident ?

Oui  Non

Si oui, précisez comment, quand et où l'accident s'est produit

Une autre personne/entreprise a-t-elle été impliquée dans l'accident ?

Oui  Non

Si oui, indiquez le nom de l'assureur, ses coordonnées et le numéro de la police d'assurance du tiers

Le patient est-il titulaire d'une autre assurance ou police qui pourrait également couvrir ces frais médicaux ?

Oui  Non

Si oui, quel type de régime ou de police d'assurance ?

Veuillez indiquer le nom de l'assureur, ses coordonnées et le numéro de la police d'assurance du patient

**Veillez vous référer au texte de votre police d'assurance. Les demandes de remboursement doivent être soumises plus de six mois après la date du traitement.**

Motif de la soumission tardive si elle est effectuée plus de 6 (six) mois après la date du traitement.

## 4 Déclaration et consentement

### Votre demande sera gérée par IMG ou par un tiers au nom d'IMG.

Je confirme avoir pris connaissance des informations contenues dans le présent formulaire. Je souhaite déposer une demande d'indemnisation et déclare que toutes les informations que je vous ai fournies sont, à ma connaissance, véridiques et correctes.

- Je consens à ce qu'IMG examine les informations contenues dans les rapports ou dossiers médicaux qui peuvent être demandés.
- Je consens à ce qu'IMG partage les informations médicales et de santé contenues dans ce formulaire, un dossier médical ou tout rapport médical avec les souscripteurs de ma police.
- Je consens à ce que le médecin et/ou l'hôpital impliqué dans les soins du patient examine les détails médicaux ou de traitement et les dispositions de sortie avec IMG.

Je déclare être le patient

- ▶ si le patient a moins de 16 ans, un parent ou un tuteur doit cocher cette case et signer ci-dessous au nom du patient

Nom du parent ou tuteur

Relation avec le patient

- Je souhaite voir le rapport du médecin avant qu'il ne vous soit envoyé
- J'accepte de recevoir les relevés de prestations et les informations médicales personnelles par courrier électronique

Signature du patient (à signer par le parent/tuteur si le patient a moins de 16 ans)

Date de signature (JJ-MM-AAAA)

Nom du patient

## 5 Certificat dentaire - à remplir par le praticien dentaire

### Dossier dentaire

Veillez remplir ce dossier ou joindre votre plan de traitement et votre dossier dentaire à la présente demande.

Mâchoire supérieure droite	18	17	16	15	14	13	12	11	Mâchoire supérieure gauche	21	22	23	24	25	26	27	28
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														
Mâchoire inférieure droite	48	47	46	45	44	43	42	41	Mâchoire inférieure gauche	31	32	33	34	35	36	37	38
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>														

Insérez le(s) code(s) pertinent(s) ci-dessous dans les cases pour décrire quel traitement a été administré aux dents.

Domages accidentels	AD	Réparation d'une couronne ou d'une incrustation	RC
Apicectomie	AP	Réparation d'un bridge	RB
Nouveau bridge	B	Traitement du canal radiculaire	RCT
Nouvelles prothèses dentaires	D	Chirurgie	S
Extractions	E	Extraction des dents de sagesse	EX
Plombages (amalgame ou composite)	F	Autres - y compris le traitement d'urgence d'un abcès, d'une dent fêlée ou cassée, d'une reconstruction, d'une obturation provisoire ou d'une radiographie. (Veillez préciser ci-dessous)	O
Nouvelle couronne en porcelaine ou incrustation	NC		

### Examens et traitements

Date de l'examen (JJ-MM-AAAA)

Date de l'examen de routine, le cas échéant (JJ-MM-AAAA)

Date du nettoyage, le cas échéant (JJ-MM-AAAA)

Le patient a-t-il besoin d'un traitement supplémentaire ?

Non

Oui ▶ quelle est la date proposée ? (JJ-MM-AAAA)

Détails complets de l'affection nécessitant un traitement/une chirurgie

Nom et prénom

Adresse

Code postal

Pays

Compétences

Numéro de téléphone

Numéro de fax

## 6 Certificat dentaire - à remplir par le praticien dentaire (suite)

Date à laquelle l'affection a été diagnostiquée pour la première fois

Détails complets du traitement/de la chirurgie proposé(e)

Si le patient a été adressé à un chirurgien buccal et maxillo-facial, veuillez indiquer ses coordonnées complètes ci-dessous.

Signature

Date (JJ-MM-AAAA)

Cachet officiel

## 7 Informations importantes

Veuillez lire attentivement et conserver pour vos archives

### Loi de 1988 sur l'accès aux rapports médicaux :

**Vous devez comprendre ces droits avant d'accepter que nous demandions un rapport à votre médecin traitant.**

**Ces droits ne concernent pas les rapports des praticiens qui ne sont pas responsables de votre traitement. De même, lorsque nous demandons des informations provenant de votre dossier médical, comme une copie de vos rapports médicaux par exemple, seul le premier point s'applique.**

- Vous pouvez ne pas donner votre consentement, mais dans ce cas, il se peut que nous ne soyons pas en mesure de traiter votre demande.
- Si nous avons besoin d'un rapport, nous vous écrirons pour vous indiquer la date à laquelle il a été demandé.
- Vous pouvez indiquer dans la case de la section 4 Déclaration et consentement du présent formulaire si vous souhaitez consulter le rapport du médecin bien avant qu'il nous soit communiqué. Vous avez 21 jours à compter de la date de notre demande pour le faire et c'est à vous de contacter le médecin. Si vous changez d'avis avant que le rapport ne nous soit envoyé, vous pouvez contacter votre médecin pour le consulter. Vous disposez d'un délai de 21 jours à compter de la date de notre demande pour le faire.
- Si vous n'êtes pas d'accord avec les informations contenues dans le rapport, vous pouvez contacter le médecin pour les modifier. Si le médecin n'est pas d'accord avec vous, il vous demandera de rédiger une déclaration qui sera jointe au rapport qui nous est envoyé.
- Vous pouvez demander au médecin de consulter le rapport à tout moment dans un délai de six mois à compter de la date à laquelle le médecin nous l'a envoyé.
- Votre médecin peut vous facturer une copie du rapport. Ces frais ne sont pas couverts par votre régime/police.
- Votre médecin n'est pas tenu de vous montrer certaines parties du rapport s'il pense que cela pourrait nuire à votre santé physique ou mentale.
- Si le rapport contient des informations sur une autre personne, le médecin ne vous montrera pas cette partie du rapport.
- Si le médecin ne souhaite pas vous montrer une partie de son rapport, il vous le notifiera par écrit, mais vous pourrez toujours consulter les autres parties du rapport.

### Règlement général sur la protection des données (RGPD) :

**Les informations relatives à la santé, aux antécédents médicaux et à tout traitement que vous suivez sont des informations personnelles sensibles.**

- Nous traitons vos données personnelles sensibles dans le cadre de notre intérêt légitime à vous fournir une assurance maladie. Cela comprend l'évaluation de votre demande, la gestion de votre police et le traitement des demandes de remboursement. De plus, nous nous appuyons sur des bases légales d'intérêt public substantiel pour prévenir la fraude et garantir l'intégrité du secteur de l'assurance, sur nos obligations légales de conformité aux réglementations et aux exigences de déclaration, et sur la nécessité contractuelle afin de vous fournir la couverture et les services décrits dans votre police.
- Pour une description complète de la manière dont nous recueillons et utilisons vos informations personnelles et de vos droits en vertu du RGPD, veuillez consulter notre politique de confidentialité à l'adresse : <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>

### L'audit, la prévention et la détection d'acte criminel.

**Nous pouvons vérifier les dossiers des médecins et des hôpitaux pour :**

- Nous assurer que leurs services nous sont correctement facturés ;
- Prévenir et détecter la criminalité, en particulier la fraude ; ou
- Passer en revue les résultats des spécialistes.

Les audits peuvent faire partie d'un programme ou répondre à une circonstance spécifique et peuvent impliquer l'examen des dossiers médicaux des clients détenus par la personne ou l'organisation faisant l'objet de l'audit.

Nous pouvons être amenés à partager les informations que nous recevons avec des tiers. Il s'agit notamment d'experts médicaux, d'autres assureurs, du NHS Counter Fraud Security Management Service (Service de gestion de la sécurité contre la fraude) et du General Medical Council (Conseil médical général). La loi nous oblige, dans certaines circonstances, à divulguer des informations aux organismes chargés de l'application de la loi en cas de suspicion de demandes d'indemnisation frauduleuses et d'autres délits.

Cela peut impliquer l'ajout d'informations non médicales à une base de données qui sera consultée par d'autres assureurs et organismes chargés de l'application de la loi. Nous sommes tenus d'informer le General Medical Council ou tout autre organisme de réglementation compétent de toute question pour laquelle nous avons des raisons de penser que l'aptitude à exercer d'un prestataire médical peut être compromise.

International Medical Group Limited est autorisée et régie par l'instance de régulation du secteur financier, la Financial Conduct Authority (311496). Enregistrée en Angleterre et au Pays de Galles (4163178). Siège social : 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex, BN43 6BF.

IMG Europe AB est autorisée et réglementée par l'instance suédoise de régulation du secteur financier (71922) et est enregistrée en tant que représentante légale par l'instance de régulation du secteur financier (1003200). Enregistrée en Suède (559405-0469). Siège social : c/o Sirius Point International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Suède. Adresse du bureau britannique (BR025974) : 3e étage, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, Royaume-Uni.

0825