

À remplir par le praticien ou le médecin traitant

Afin de permettre à IMG de traiter votre demande le plus rapidement possible, vous pouvez apporter ce formulaire à votre médecin traitant pour qu'il le remplisse (pour chaque nouvelle pathologie). Une fois le formulaire rempli, envoyez-le-nous avec votre demande d'indemnisation. Si vous choisissez de ne pas le faire, il se peut qu'IMG doive vous envoyer ce formulaire pour que votre médecin le remplisse.

Quelle est la 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 vos factures et reçus originaux 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 de IMG, B.P. :
1114 Cardiff CF11 1UL Royaume-Uni

À remplir par le patient

1 Coordonnées et consentement du patient

Titre

M. Mme Mlle Mlle Autre

Prénom(s) du patient

Nom du patient

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

Numéro client et police du patient

ID condition / Référence du cas

Numéros de contact du patient

T :

M :

Adresse électronique du patient

Moi, le patient, autorise par la présente IMG à obtenir des informations médicales supplémentaires auprès du médecin qui remplit le présent certificat médical si cela s'avère nécessaire aux fins de la présente demande d'indemnisation.

Moi, le patient, je reconnais qu'IMG peut divulguer et partager mes informations médicales et/ou de santé contenues dans ce formulaire, ou tout dossier médical et/ou tout rapport médical avec les assureurs et/ou IMG dans le seul but d'administrer toute réclamation découlant de ma police d'assurance médicale en vertu de ses intérêts légitimes et de la nécessité contractuelle de me fournir la couverture et les services décrits dans ma police.

Signature

Date (JJ-MM-AAAA)

À remplir par le praticien ou le médecin traitant

2 Profil médical

Date à laquelle le patient s'est inscrit pour la première fois auprès de vous, de la clinique ou de l'hôpital :

(JJ-MM-AAAA)

Veuillez fournir des détails sur les symptômes du patient :

Le patient vous a-t-il été adressé ?

Oui Non

Si oui, veuillez fournir les détails de la référence.

Quand le patient a-t-il remarqué ces symptômes pour la première fois ?

Quand le patient a-t-il présenté ces symptômes pour la première fois à vous ou à un autre médecin ?

À votre connaissance, le patient a-t-il déjà souffert de ces symptômes ou de tout autre symptôme connexe dans le passé ?

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :

Veillez fournir des détails sur les tests et les examens que le patient a subis, ainsi que leurs résultats :

Un diagnostic a-t-il été posé ?

Oui Non

Si c'est le cas, veuillez confirmer l'état de santé.

Code ICD10

Est-ce : Provisoire ?

Définitif ?

Considérez-vous la condition comme étant ? Aigüe ? Chronique ? Un épisode aigu d'une maladie chronique ?

Si ce diagnostic est lié à une maladie antérieure dont le patient a souffert, veuillez fournir des détails, y compris les examens antérieurs, le traitement reçu et les dates correspondantes :

Détails à fournir

Date (JJ-MM-AAAA)

Existe-t-il une cause ou une affection sous-jacente ? Si oui, veuillez fournir des détails :

L'affection résulte-t-elle d'un accident ?

Oui Non

Si oui, le patient était-il sous l'influence de l'alcool ou de toute autre substance enivrante au moment de l'accident ?

Oui Non

Quel traitement a été recommandé au patient pour cette maladie ?

Si le patient a été orienté vers un traitement complémentaire, veuillez indiquer le type et le nombre de séances :

Chiropracteur :

Ostéopathe :

Homéopathe :

Acupuncteur :

Diététicien :

Médecine traditionnelle chinoise :

Podologue :

Nombre de séances :

Quel autre traitement est nécessaire, le cas échéant ?

Avez-vous adressé le patient à un autre médecin ? Si oui, veuillez indiquer le nom et les coordonnées du médecin auquel vous l'avez adressé :

Si la demande est liée à une grossesse, veuillez confirmer ce qui suit :

Date des dernières règles :

Date à laquelle la grossesse a été confirmée :

Nom du médecin

Adresse

Code postal

Pays

Téléphone

Date estimée de l'accouchement :

La grossesse est-elle considérée comme à haut risque ? Oui Non

Compétences

Je suis le médecin traitant du patient et je confirme que les informations que j'ai fournies sont correctes à ma connaissance.

Signature

Date de signature (JJ-MM-AAAA)

Cachet du cabinet

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 SiriusPoint International, Flemingsgatan 14, 112 26, Stockholm, Suède. Adresse du bureau britannique (BR025974) : 3e étage, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, Royaume-Uni.

0825