

Formulaire de demande d'indemnisation pour des soins ambulatoires



Remplir ce formulaire

- Utilisez ce formulaire pour faire une demande d'indemnisation pour des soins ambulatoires.
- Veuillez à répondre à toutes les questions et à signer la déclaration.
- Veuillez écrire clairement en lettres majuscules.
- Si vous avez des questions, appelez-nous au +44 (0) 330 333 6686.

Avez-vous envisagé de soumettre votre demande en ligne ?

Pour plus de commodité, vous pouvez soumettre vos demandes d'indemnisation via MyIMG, c'est simple et vous n'avez pas besoin de remplir, d'imprimer et de scanner ce formulaire de demande de remboursement. Si vous souhaitez plutôt soumettre votre demande en ligne, rendez-vous sur claims.alchealth.com.

C'est quoi la prochaine étape ?

Que vous choisissiez de remplir votre demande en ligne ou de nous l'envoyer, veuillez nous soumettre votre demande accompagnée de vos documents de réclamation, y compris les factures, les reçus de paiement et tout rapport médical 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 d'IMG, B.P. :
1114 Cardiff CF11 1UL Royaume-Uni

1 Informations 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

Veuillez 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

Confirmez la raison de votre visite chez le médecin et donnez des détails sur les symptômes/l'état pathologique pour lesquels vous avez été traité(e) :

Date à laquelle vous avez remarqué pour la première fois les symptômes/l'état pathologique

Veuillez confirmer le nom, l'adresse, l'adresse électronique et le numéro de téléphone du médecin que vous avez consulté :

Donnez de brefs détails sur le traitement ou les examens

Avez-vous déjà souffert ou reçu un traitement pour cette pathologie auparavant ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails sur les épisodes précédents, y compris les dates et le traitement fourni

Un traitement complémentaire a-t-il été recommandé ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails

Le motif de la demande résulte-t-il d'un accident ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser 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, veuillez indiquer le nom de l'assureur, ses coordonnées et le numéro de police de la tierce partie

Le patient est-il titulaire d'un autre régime d'assurance ou d'une autre police susceptible de couvrir ces frais médicaux ? Oui Non

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

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

Veuillez fournir une description détaillée des factures soumises dans le cadre de cette demande (continuez sur une feuille distincte si nécessaire)

Description des frais engagés	Numéro de Référence de la facture	Traitement Date	Montant (y compris la devise)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Veuillez noter que, conformément aux termes et conditions de votre police, les réclamations doivent être soumises dans les six (6) mois suivant la date du traitement.

4 Déclaration et consentement

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

Avant de donner votre consentement, vous devez connaître vos droits de patient en vertu de la « LOI DE 1988 SUR L'ACCÈS AUX RAPPORTS MÉDICAUX » qui sont résumés ci-dessous.

- 1 Vous pouvez refuser de consentir à ce que la demande soit faite ou à ce que le rapport nous soit fourni. Veuillez noter que cela peut affecter notre capacité à évaluer et à traiter votre demande.
- 2 Vous pouvez consulter le rapport avant qu'il ne nous soit envoyé. Vous devez demander une copie à votre médecin dans un délai de 21 jours à compter de la date à laquelle nous demandons le rapport. Nous vous communiquerons cette date.
- 3 Vous pouvez demander à votre médecin une copie du rapport à tout moment, jusqu'à six mois après la date du rapport.
- 4 Vous pouvez demander à votre médecin de modifier toute partie du rapport que vous considérez comme incorrecte ou fallacieuse. Si votre médecin n'est pas d'accord avec votre demande, vous pouvez joindre vos observations au rapport.
- 5 Votre médecin peut ne pas vous communiquer le rapport, même si vous en avez demandé une copie, s'il estime qu'il serait préjudiciable à votre santé physique ou mentale ou s'il contient des informations sur un tiers qui n'a pas consenti à leur divulgation.

Si vous souhaitez consulter un rapport avant qu'il ne soit envoyé à IMG, le traitement de votre demande peut être considérablement retardé.

Veuillez noter que ces informations peuvent être transmises aux souscripteurs de votre police d'assurance ou à toute tierce partie choisie.

Votre déclaration et consentement :

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

Ayant été informé(e) de mes droits statutaires en vertu de la « Loi de 1988 sur l'accès aux rapports médicaux » dans le cadre de ma demande d'indemnisation,

- Je consens par la présente à ce qu'IMG demande des informations médicales à tout médecin qui m'a consulté au sujet de tout ce qui affecte ma santé physique ou mentale.

- 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.
- J'autorise tout médecin à divulguer ces informations à IMG et à tout tiers en son nom.

Si vous êtes d'accord, veuillez signer et dater ce document ci-dessous.

- Je souhaite voir le rapport du médecin avant qu'il ne vous soit envoyé et je comprends que cela peut retarder de manière significative le traitement de ma demande
- J'accepte de recevoir les relevés de prestations et les informations médicales personnelles par courrier électronique
- Je déclare être le patient

Nom du 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 du tuteur

Relation avec le patient

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

Date de signature (JJ-MM-AAAA)

5 Coordonnées du médecin traitant et du praticien

Nom du médecin traitant

Adresse du médecin traitant/du lieu de consultation

Code postal Pays

Numéro de téléphone

Adresse électronique

Nom du praticien (votre médecin habituel)

Adresse du médecin traitant/du lieu de consultation

Code postal Pays

Numéro de téléphone

Adresse électronique

Nous conserverons vos données, qui peuvent inclure des données sensibles, dans notre base de données. Ces données seront utilisées pour gérer votre demande d'indemnisation et pourront être communiquées aux souscripteurs de votre police d'assurance et à tout administrateur tiers.

6 Informations importantes

Veillez lire attentivement et conserver dans vos dossiers

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, par exemple une copie de vos rapports médicaux, 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 contrôler les dossiers des médecins et des hôpitaux pour :

- S'assurer que leurs services nous sont correctement facturés ;
- Prévenir et détecter les actes criminels, en particulier la fraude ; ou
- Passer en revue les compétences 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 SiriusPoint International, Flemmingatan 14, 112 26, Stockholm, Suède. Adresse du bureau britannique (BR025974) : 3e étage, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, Royaume-Uni.

0825