

ATTESTATION MÉDICALE CONFIDENTIELLE - PROCÉDURE SÉCURISÉE

Harmonie Expatriés

Afin que notre Médecin Conseil puisse statuer sur votre demande de remboursement, il est impératif que votre médecin renseigne les informations ci-dessous demandées. Notre Médecin Conseil vous transmettra sa réponse dans un délai de 72 h suivant la réception de votre demande dûment complétée. Notre Médecin Conseil se réserve le droit de réclamer toutes les informations nécessaires.

PARTIE RÉSERVÉE À L'ASSURÉ	
Renseignements concernant l'entreprise (à ne compléter que si vous êtes assuré par l'intermédiaire de votre entreprise)	
Nom de l'entreprise :	N° d'adhésion :
Renseignements concernant l'assuré principal	
Nom et Prénoms :	
Nom de votre contrat : Harmonie Expatriés	E-mail : _____ @

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN	
Nom de l'établissement hospitalier :	
Adresse :	
Téléphone :	Fax :
Nom du médecin :	
Adresse :	
Téléphone :	Fax :
Renseignements concernant le bénéficiaire de l'hospitalisation	
Nom et Prénom :	Sexe :
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : / /	
Nature de l'hospitalisation	
Merci de bien vouloir renseigner les éléments suivants nécessaires à la prise en charge de l'hospitalisation du patient ci-dessus désigné	
Motif de l'hospitalisation : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Chirurgical <input type="checkbox"/> Accouchement <input type="checkbox"/> Cure thermique <input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> S'agit-il d'un accident ? Si oui :	Date (JJ/MM/AAAA) : / / Lieu :
Circonstances :	Nature des blessures :
<input type="checkbox"/> S'agit-il d'une césarienne ? Si oui :	Date (JJ/MM/AAAA) : / / Lieu :
<input type="checkbox"/> S'agit-il d'une maladie ? Si oui :	Laquelle : Diagnostic :
Date d'apparition des premiers symptômes (JJ/MM/AAAA) : / /	
Date du premier diagnostic (JJ/MM/AAAA) : / /	
Durée du séjour :	Date d'entrée (JJ/MM/AAAA) : / / Date de sortie (JJ/MM/AAAA) : / /
Coût prévisionnel de l'hospitalisation :	
Frais de séjour :	Honoraires des praticiens :

Signature et cachet du praticien :

Date :

Signature du patient :

Date :

Document confidentiel à retourner sous enveloppe cachetée à :

M le Médecin-Conseil - C/O APRIL Mobilité - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE
ou par fax : +33 (0)1 73 02 93 70, ou par e-mail : hospitalisation@aprilmobilite.com

APRIL MOBILITÉ UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP

110, avenue de la République CS 51108 75127 Paris Cedex 11 FRANCE Tél +33(0)1 73 03 64 44 Fax +33(0)1 73 02 93 90
E-mail collectif@aprilmobilite.com Internet www.aprilmobilite.com

S.A. au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727 - Intermédiaire en assurances - Immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 008 000 (www.orias.fr)
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09

