DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTÉ

Harmonie Expatriés

Ce document doit être complété par l'assuré. Vous devez y joindre les prescriptions médicales[1] ainsi que les factures originales détaillées et acquittées par vos soins. Si les soins ont donné lieu à une demande d'entente préalable[2], merci de bien vouloir joindre la copie de notre accord à cette demande d'entente préalable.

Merci de retourner ces éléments à : APRIL Mobilité – 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 – FRANCE.

[1] Prescription médicale : recommandation écrite faite par un médécin d'actes médicaux, d'examens et/ou de médicaments.
[2] Demande d'entente préalable : imprimé complété par une autorité médicale compétente permettant d'obtenir l'accord préalable d'APRIL Mobilité pour certains actes ou traitements.

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 entreprise : _____

Renseignements concernant l'assuré :

Nom : _____ Prénoms : _____

Nom de votre contrat : Harmonie Expatriés

Vos dépenses de santé

Si les soins sont liés à la maternité, merci de nous adresser la déclaration de grossesse.

Bénéficiaire des soins (nom et prénoms)	**Date des soins-** (JJ/MM/AAAA)	**Description des soins engagés** (préciser si ceux-ci résultent d'un accident)	**Montant des soins acquittés** (préciser la devise)

Je soussigné, M/Mme ,assuré(e), certifie sur l'honneur avoir réglé les divers soins pratiqués ci-dessus et ne pas bénéficier, ni mes ayants droit de prestation complémentaire par d'autre organisme. J'autorise le médecin conseil d'APRIL Mobilité à prendre connaissance des données médicales me concernant. Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus. Toute information qui s'avèrerait erronée, falsifiée, exagérée ou toute déclaration frauduleuse entraînera la responsabilité de l'assuré et sera passible de poursuites. Cette déclaration concerne l'ensemble des personnes dont je suis le représentant légal et qui bénéficient de la même couverture que moi.

A Le Signature de l'assuré

APRIL Mobilité
110, avenue de la République – CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 – France
Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 – Fax : +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail : info@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

Mode de règlement souhaité

S'il s'agit de votre premier remboursement et si vous n'avez pas fourni de Relevé d'Identité Bancaire lors de votre affiliation, le remboursement s'effectuera par défaut en chèque en euros. Si vous souhaitez changer le mode de règlement de vos remboursements, merci de nous l'indiquer ci-après :

Mode de règlement souhaité

❒ chèque

❒ euros ❒ US dollars (pour les résidants aux USA uniquement)

❒ virement

❒ virement sur un compte bancaire en France : joindre un R.I.B.

❒ virement sur un compte bancaire à l'étranger moyennant des frais bancaires à votre charge : remplir les éléments ci-dessous

vos coordonnées bancaires :

votre banque : _____

adresse de votre banque : _____

code postal : _____ ville : _____

pays : _____

IBAN/ code ABA : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

SWIFT ou SORT Code : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro de compte bancaire : _____

Devise de votre compte bancaire : _____

Nouvelle adresse de réception des décomptes

Si vous souhaitez changer l'adresse de réception de vos décomptes de remboursement, veuillez remplir les informations demandées ci-dessous :

Adresse: _____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel : _____ @. _____

APRIL Mobilité
110, avenue de la République - CS 51108 – 75127 Paris Cedex 11 – France
Tél : +33 (0)1 73 02 93 93 – Fax : +33 (0)1 73 02 93 90
E-mail : info@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