

DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE ⁽¹⁾

Harmonie Expatriés

Certains actes médicaux (listés dans la notice d'informations que vous avez reçue) sont soumis à l'accord préalable de notre Médecin Conseil. Afin que celui-ci puisse statuer sur la cohérence des diagnostics et des coûts, nous vous prions de faire compléter par le praticien qui prescrira ces actes la demande suivante accompagnée **d'un devis détaillé** et des éléments ci-dessous demandés, en fonction des actes envisagés. Les demandes incomplètes ou non communiquées ne permettront pas le remboursement des actes envisagés. Ce document doit nous être retourné dans un délai minimum de 48 heures avant la mise en place du traitement, par courrier, fax ou e-mail à : APRIL Mobilité - Médecin Conseil - 110, avenue de la République - CS 51108 - 75127 Paris Cedex 11 - FRANCE Fax : +33 (0)1 73 02 93 90 - E-mail : prestation@aprilmobilite.com

⁽¹⁾ 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.

PARTIE RÉSERVÉE À L'ASSURÉ

Renseignements concernant votre entreprise

(à ne compléter que si vous êtes assuré par l'intermédiaire de votre entreprise)

Nom de l'entreprise :

N° d'adhésion d'entreprise :

Renseignements concernant l'assuré

Nom et prénoms :

Nom de votre contrat : **Harmonie Expatriés**

PARTIE RÉSERVÉE AU PRATICIEN

Nom du praticien :

Adresse :

Adresse (suite) :

Tél :

Fax :

E-mail :

Renseignements concernant le bénéficiaire des soins

Nom :

Prénoms :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

/ /

Sexe :

Nature des soins

Merci de bien vouloir compléter la demande d'entente préalable en indiquant la nature des soins concernés et de transmettre les éléments nécessaires indiqués ci-dessous. Dans tous les cas, la présente demande devra être accompagnée d'un devis détaillé de l'ensemble du traitement.

Actes de traitement en série ⁽²⁾

(Kinésithérapie, orthophonie, orthoptie...)

Nombre de séances nécessaires :

Date de début du traitement (JJ/MM/AAAA) :

/ /

Cure thermale et thalassothérapie : nous transmettre la prescription médicale ⁽³⁾

Bilan de santé : nous transmettre la prescription médicale ⁽³⁾

Prothèses, appareils de surdité, appareil orthopédique :

Prothèses dentaires :

Retourner la présente demande accompagnée des documents et éléments suivants :

Panoramique dentaire au-delà de 3 dents et clichés rétro alvéolaires ou RVG, après traitement ou reprise de traitement orthodontique.

Prothèse sur dents dévitalisées (n° des dents) :

Prothèse sur dents vivantes (n° des dents) :

Orthodontie :

Retourner la présente demande accompagnée d'une radiographie panoramique

Âge du patient :

Durée prévisible du traitement :

⁽²⁾ Actes de traitement en série : série d'actes médicaux nécessaires au traitement d'une pathologie ou consécutifs à un accident

⁽³⁾ Prescription médicale : recommandation écrite faite par un médecin d'actes médicaux, d'examen et/ou de médicaments

Signature et cachet du praticien :

Date :

Signature du patient :