



FICHE DE REMBOURSEMENT

Document à joindre OBLIGATOIREMENT (Un seul document par envoi même si soins pour plusieurs membres de la famille)

Ce document doit être dûment complété par l'assuré.

Assuré Principal	Prénom		N° de Contrat ACI
Téléphone		Email	

JUSTIFICATIFS A FOURNIR (liste non exhaustive) :

HOSPITALISATIONS ET MATERNITE :

Les hospitalisations sont soumises à un accord préalable (document disponible) qui doit être transmis par fax au (33) 4 50 02 05 65 ou par mail à l'adresse suivante <u>service.medical@bil-assurances.fr</u>.

Une prise en charge peut être établie pour un paiement direct auprès de l'Etablissement hospitalier, vous évitant l'avance des frais. Attention : Certains établissements n'acceptent pas les prises en charge.

FRAIS MEDICAUX ET OPTIQUE :

Consultations: Joindre le reçu du praticien.

Pharmacie, Analyses, Radiologie etc...: Joindre la prescription médicale (ordonnance) ainsi que la facture détaillée et acquittée du praticien, laboratoire

DENTAIRE:

Soins: Joindre la facture détaillée (actes et dents concernés) et acquittée.

Prothèses dentaires et orthodontie: Travaux dentaires soumis à accord préalable (document disponible) à transmettre par fax au (33) 4 50 02 05 65 ou par mail à l'adresse suivante <u>frais-de-sante@bil-assurances.fr</u>. Le remboursement intervient sur présentation de la facture détaillée et acquittée, précisant les dents concernées pour les prothèses dentaires et le semestre pour l'orthodontie.

KINESITHERAPIE, ORTHOPHONIE ET ORTHOPTIE :

Actes en série soumis à accord préalable (document disponible) à transmettre par fax au (33) 4 50 02 05 65 ou par mail à l'adresse suivante frais-de-sante@bil-assurances.fr.

IMPORTANT:

SOINS EFFECTUES EN FRANCE : demander la feuille CERFA (marron et blanche) ou formulaire équivalent, auprès du praticien accompagnée de la prescription médicale. Ces documents étant obligatoires pour prétendre au remboursement.

ORDONNANCES: Les prescriptions médicales doivent être établies sur un document conforme précisant le nom, prénom et date de naissance du patient et comportant signature et tampon du praticien.

POUR TOUTES QUESTIONS CONCERNANT VOS REMBOURSEMENTS CONTACTER LE CENTRE DE GESTION

Téléphone: (33) 4 50 88 10 09 Email: frais-de-sante@bil-assurances.fr

LISTE DES SOINS

Date	Nom – Prénom du patient	Soins	Montant payé	
Je certifie exacts et sincères les renseignements portés sur la demande de remboursement et n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse				

Je certifie exacts et sincères les renseignements portés sur la demande de remboursement et n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur, étant entendu que des réponses incomplètes ou inexactes entraîneraient l'application de l'article L 113-8 (nullité du contrat) ou L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances, ou des articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité. Je m'engage à communiquer à l'assureur les informations concernant les adhérents dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux qui interviennent dans la gestion et l'exécution de ce contrat. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant, auprès du Correspondant CNIL de chaque Assureur, dont les adresses sont précisées dans la notice d'information.

Merci de retourner ce document accompagné des justificatifs originaux à l'adresse suivante :	Signature de l'assuré Principal :
ACI Gestion BP 35 74270 FRANGY	
France	