

■ Procédure d'envoi de documents et/ou de frais médicaux

Gestion Sinistres - Services Publics Fédéraux (SPF)

Bd. E. Jacqmain, 53 - 1000 Bruxelles - Tél: 02/664.12.04 - Fax: 02/664 75 20

hospitalisationfed@aginsurance.be

Afin de permettre l'identification et la gestion de votre courrier, veuillez, lors de chaque envoi, respecter les procédures décrites ci-dessous. Vous pouvez sans hésitation rassembler toutes vos pièces et nous les transmettre en un seul envoi. Un dossier complet et bien structuré accélère le traitement de celui-ci.

Les documents suivants sont à votre disposition sur le site intranet de votre employeur et sur le Website <http://www.belgium.be> du Gouvernement Fédéral en faisant une recherche avec les mots-clé «assurance hospitalisation»

- « **Avis de sinistre** »
- « **Demande de remboursement de frais médicaux** »

■ Si votre courrier concerne l'ouverture d'un dossier avec l'envoi de frais médicaux :

Etape 1 : Compléter le formulaire « **Avis de sinistre** » (recto-verso)

Etape 2 : Compléter le volet 1 « Identification » du formulaire « **Demande de remboursement de frais médicaux** »

Etape 3 : Compléter, pour la personne et la maladie concernées ainsi que pour la période couverte, les volets 2 & 3 du formulaire « **Demande de remboursement de frais médicaux** » sur la base des notes de frais en y joignant les justificatifs classés et numérotés.

Ces justificatifs sont les suivants :

- Factures originales et détaillées d'hospitalisation (+ annexes éventuelles);
- Facture éventuelle du transport en ambulance qui doit d'abord être soumise à la mutualité ;
- Pour les frais de médicaments : demandez à votre **pharmacien** l'« attestation de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire » (relevé reprenant les nom et prénom du patient, le nom du médecin prescripteur, la date de délivrance ainsi que la liste des produits et le prix correspondant).
- Pour les frais de soins ambulatoires : demandez à votre **mutualité** un relevé de toutes les prestations relatives à la personne concernée durant la période couverte ;
- Pour les éventuelles prestations non reprises sur ces relevés : factures et/ou notes d'honoraires.

Etape 4 : Envoyer votre dossier à : **AG Insurance – Health Care
Gestion Sinistres SPF
Bd. E. Jacqmain, 53
1000 Bruxelles**

■ Si votre courrier concerne l'envoi de frais pour un dossier en cours :

- Compléter le volet 1 du formulaire « **Demande de remboursement de frais médicaux** »
- Répéter les étapes 3 et 4 ci-dessus

■ Pour tout autre courrier :

- Indiquer les références AG Insurance de votre dossier (si connues)
- Indiquer les références de votre employeur (nom et n° de groupe*) (SPF/M)
- Coller une vignette mutuelle en y ajoutant la date de naissance ou mentionner vos nom, prénom et date de naissance.
- Répéter l'étape 4 ci-dessus.

**le numéro de groupe est à demander auprès de votre employeur s'il n'est pas connu.*

Merci d'avance

■ Demande de remboursement de frais médicaux

Gestion Sinistres - Services Publics Fédéraux (SPF)

Bd. E. Jacqmain, 53 - 1000 Bruxelles - Tél: 02/664.12.04 - Fax: 02/664 75 20

hospitalisationfed@aginsurance.be

■ Volet 1 : Identification

Employeur: SPF		Service:		Groupe n°:	
Membre du personnel : Nom					
Prénom					
Date de naissance :		Références AG Insurance si connues :			
Adresse :					
Adresse e-mail :					
Compte bancaire : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		N° téléphone :			
Bénéficiaire des soins : Coller une vignette mutuelle en y ajoutant la date de naissance ou compléter ci-dessous :					
Nom		Vignette Mutuelle			
Prénom					
Date de naissance					

■ Volet 2 : Hospitalisation

Si la demande concerne une ou plusieurs factures d'hospitalisation (+ambulance éventuelle) :

- Compléter ci-dessous, numéroter et joindre la (ou les) facture(s) originales et détaillées (+ annexes éventuelles)

Justificatif		Factures d'hospitalisation			
N°	Période d'hospitalisation du	au		Montant à charge du patient:	
		EUR			
N°	Période d'hospitalisation du	au		Montant à charge du patient:	
		EUR			
N°	Transport en ambulance	Date	Payé	Mutualité	A charge
		EUR		EUR	EUR

■ Volet 3 : Soins ambulatoires / Pré- et post-hospitalisation

Si la demande concerne le remboursement de frais ambulatoires :

Pour la personne et la maladie concernées et la période couverte, joindre les justificatifs, les numéroter et compléter les tableaux ci-dessous.

Justificatif		Frais de pharmacie : médicaments, pansements, ...			
N°	Date	Payé	N°	Date	Payé
.....
.....
.....
.....
Total en EUR				

Justificatif		Soins médicaux : consultations, visites, examens, kiné, autres, ...			
N°	Date	Nom dispensateur	Payé	Mutualité	A charge
.....
.....
.....
.....
.....
Total en EUR				

Complétez plusieurs formulaires si nécessaire.

Date:

Signature :

Veuillez envoyer votre dossier à :

Merci de votre collaboration

AG Insurance-Health Care
Gestion Sinistres SPF
Bd. E. Jacqmain, 53
1000 Bruxelles