

### FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Complétez toutes les sections de ce formulaire et joignez-y les **factures originales acquittées**, les copies des ordonnances et des **comptes rendus médicaux**, ainsi que la copie de votre **passport** (page d'identification + tampon d'arrivée) et la **copie de votre visa PVT/WHV**. Ces documents doivent mentionner les nom et prénom du patient, la date des soins, ainsi que les coordonnées du praticien, de l'établissement hospitalier, du laboratoire ou du pharmacien. Les reçus de caisse qui ne font pas apparaître toutes ces informations ne sont pas suffisants (une facture détaillée est indispensable). Groupez vos demandes de façon à éviter des remboursements de faible montant et faites des photocopies de tous les documents avant de les adresser à : **ACS, service médical 153 rue de l'université 75007 Paris, France**.

Pour les soins inférieurs à 500€, vous pouvez envoyer toutes les pièces par email à l'adresse : [servicemedical@acs-ami.com](mailto:servicemedical@acs-ami.com)

**ATTENTION** : La compagnie se réserve le droit de demander à tout moment les **ORIGINAUX** et ce pendant une durée de 2 ans.

N° d'attestation: G7 \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse postale: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Les soins reçus sont en rapport avec:

**Accident**: Circonstances (date, lieu, détails): \_\_\_\_\_

**Maladie**: Diagnostic (pathologie) et date : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux et chirurgicaux en lien direct ou indirect avec l'affection concernée : \_\_\_\_\_

Date des premiers symptômes : \_\_\_\_\_

Détails des factures de soins ou Produits médicaux:

Date des soins	Pays	Devise et montant réglé	Soins reçus
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

Commentaires: \_\_\_\_\_

En cas de remboursement je souhaite recevoir :

Un chèque en euros, envoyé à l'adresse française suivante: \_\_\_\_\_

Un virement bancaire français ou étranger (joindre coordonnées bancaires complètes)  
(Attention : Les virements vers un compte étranger sont acceptés pour un remboursement de minimum 50€. Ils sont toujours soumis à des frais bancaires variables)

**Pour toute demande d'assistance ou prise en charge d'une hospitalisation, contactez Mutuaide Assistance (24h/24 et 7j/7):**

• par téléphone  
**33.1.45.16.43.81**

• par télécopie  
**33.1.45.16.63.92**  
ou **33.1.45.16.63.94**

• par e-mail  
**medical@mutuaide.fr**

03/2017

ACS – Société de courtage d'assurances · 153 rue de l'Université 75007 Paris · Tél. +33 (0) 1 40 47 91 00 · Fax +33 (0) 1 40 47 61 90  
E-mail : [contact@acs-ami.com](mailto:contact@acs-ami.com) · Site Web : [www.acs-ami.com](http://www.acs-ami.com)