

■ Demande de remboursement des frais médicaux

Documents à votre disposition auprès de votre employeur et sur notre Website à l'adresse suivante : <http://www.agemployeebenefits.be>

■ Volet 1 : Identification

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

■ Volet 2 : Hospitalisation

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

- Compléter ci-dessous, numéroté 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 numéroté 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: / /

Veuillez envoyer votre dossier à : **AG Insurance - Health Care**
Bd. E. Jacqmain, 53
1000 Bruxelles

Merci de votre collaboration

Signature :

AG Insurance sa – RPM Bruxelles – TVA BE 0404.494.849
Bd. E. Jacqmain 53, B-1000 Bruxelles

AG Employee Benefits : Bd. du Jardin Botanique 20, B-1000 Bruxelles – www.agemployeebenefits.be
Tél. +32(0)2 664 19 80 – Fax +32(0)2 664 75 20