

## Demande de prise en charge des frais de traitement médical occasionnés à l'étranger

Nous vous prions de répondre précisément à toutes les questions et de retourner dans les plus brefs délais le formulaire à PROVITA Gesundheitsversicherung AG. Merci d'avance.

N° d'assurance \_\_\_\_\_ N° de famille \_\_\_\_\_

### Personne assurée (prière de remplir en majuscules)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
Rue/N° \_\_\_\_\_ NPA/Localité \_\_\_\_\_  
c/o \_\_\_\_\_ Tél. privé \_\_\_\_\_ Tél. prof. \_\_\_\_\_  
Sexe  féminin  masculin Etat civil  marié(e)  célibataire  \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_ Langue  allemand  français

L'assuré était à l'étranger du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Motif du séjour à l'étranger  Voyage d'affaires  Vacances  autre raison \_\_\_\_\_

Lieu/pays \_\_\_\_\_ Date du début du traitement médical à l'étranger \_\_\_\_\_

En quelle monnaie les factures ont-elles été établies? \_\_\_\_\_

Le traitement médical était-il dû à un accident?  oui  non

En cas de maladie, veuillez indiquer laquelle: \_\_\_\_\_

Motif du traitement  traitement d'urgence  traitement volontaire  autre raison \_\_\_\_\_

L'assuré a été soigné par un médecin privé  oui  non

L'assuré a subi un traitement ambulatoire à l'hôpital  oui  non

L'assuré a été hospitalisé du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Diagnostic du médecin:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'assuré suivait-il déjà un traitement médical en Suisse en raison de la même affection?  oui  non

Si oui, pourquoi le traitement a-t-il été poursuivi à l'étranger (motif)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Des radiographies ont-elles été faites?  oui  non

Si oui, de quelle partie du corps?

Nombre de radiographies ayant été prises:

Nom de la personne en possession des radiographies:

Liste des points ayant été compris dans le traitement:

L'assuré a-t-il été opéré?  oui  non

Si oui, de quelle partie du corps?

L'assuré a-t-il dû subir d'autres traitements, non mentionnés dans le questionnaire?  oui  non

Si oui, lesquels?

Nombre de visites du médecin chez l'assuré:

Nombre de consultations au cabinet médical:

Est-il nécessaire de poursuivre le traitement en Suisse?  oui  non

Une assurance de voyage et vacances a-t-elle été conclue?  oui  non

Si oui, auprès de quelle compagnie?

Remarques:

Nous vous rendons attentif au fait que les remboursements éventuels issus de l'assurance obligatoire des soins se basent sur le tarif applicable dans le canton de résidence (le double de la somme évaluée au maximum). Dans les pays de la Communauté européenne est valable le tarif social simple. Si les factures ne sont pas détaillées ou s'avèrent illisibles (également pour raison linguistique) et qu'il est ainsi impossible de procéder à une évaluation selon le tarif, nous ne pouvons fournir aucune prestation.

Lieu et date

Signature manuscrite du demandeur ou de son représentant légal

P.-S. Si vous désirez vous assurer contre les frais non couverts survenant lors d'un traitement médical à l'étranger, nous vous recommandons notre assurance de voyages et de vacances VACANZA, qui dispose d'un numéro d'urgence disponible 24 heures sur 24, dans le monde entier.

## Inventaire des factures jointes concernant les frais de traitement médical à l'étranger

Nous prions les assurés de remplir un formulaire séparé pour chaque personne assurée. En outre, nous vous prions d'indiquer le montant de la facture dans la monnaie dans laquelle les frais médicaux ont été payés et de numéroter consécutivement les pièces justificatives (PJ).

N° d'assurance \_\_\_\_\_ N° de famille \_\_\_\_\_

### Personne assurée (prière de remplir en majuscules)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Rue/N° \_\_\_\_\_ NPA/Localité \_\_\_\_\_  
 c/o \_\_\_\_\_ Tél. privé \_\_\_\_\_ Tél. prof. \_\_\_\_\_  
 Monnaie du pays \_\_\_\_\_

### Facture de médecin

Nom du médecin	Traitement du	au	Montant de la facture	PJ n°
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### Facture de pharmacie

Nom du pharmacien ou du médecin	Traitement du	au	Montant de la facture	PJ n°
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

---

**Facture d'hôpital traitement stationnaire (hospitalisation)**

Nom de l'établissement hospitalier	Traitement du	au	Montant de la facture	PJ n°
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

---

**Facture d'hôpital traitement ambulatoire**

Nom de l'établissement hospitalier	Traitement du	au	Montant de la facture	PJ n°
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

---

**Prestations de soins complémentaires telles que transport, laboratoire, etc.**

Auteur de la facture	Date de la facture	Montant de la facture	PJ n°
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

---

Lieu et date                      Signature manuscrite du demandeur ou de son représentant légal

---

