



GESTION DES ASSURANCES
DE PERSONNES À L'INTERNATIONAL

58, rue de l'Arcade - 75008 PARIS
Tél. 01 44 69 50 20 - Fax 01 44 69 05 93
contact@gapigestion.com

FEUILLE DE SOINS VALABLE A L'ÉTRANGER

Medical expense claim form valid abroad
Hoja de atención válida el extranjero

ASSURANCE SANTÉ Healthcare insurance / Seguro de la salud

Pour un remboursement rapide, merci de remplir obligatoirement ce document.

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT / Member's identification / Identificación del adherente

N° ADHÉRENT Obligatoire
(figurant sur le certificat d'adhésion)

Member's number

(present on the adhesion certificate)

Número adherente (figura en el certificado de adhesión)

ADRESSE A L'ÉTRANGER (si changement)

Adress abroad (if has changed) / Dirección en el extranjero (si ha cambiado)

NOM ET PRÉNOM

Name and forename

Apellido y nombre

BÉNÉFICIAIRE DES SOINS / Beneficiary of the treatment / Beneficiario de la atención

NOM ET PRÉNOM

Name and forename of patient (compulsory) / Apellido y nombre del paciente

DATE DE NAISSANCE OBLIGATOIRE

Date of birth compulsory / Fecha de nacimiento

ADHÉRENT :

Member / Adherente :

CONJOINT(E) :

Spouse / Espos(a) :

ENFANT :

Children / Niño :

PAYS DE RÉSIDENCE / Country of residence / País de residencia

PAYS DES SOINS / Country of treatment / País de la atención

CONSEILS PRATIQUES POUR UN REMBOURSEMENT RAPIDE

Practical advise for a quick repayment / Consejos prácticos para un reembolso rápido

• Remplissez, datez et signez ce document

- Joignez obligatoirement les factures originales et acquittées ainsi que toutes les prescriptions médicales (pharmacie, analyses, radios, massages...)
- Vérifiez que vous êtes à jour de vos cotisations

• Utilisez une feuille de soins pour chaque praticien

- N'hésitez pas à indiquer la nature exacte des soins sur un feuillet à part
- EXEMPLE : s'il s'agit d'une analyse de sang : recherche de glycémie ou cholestérol...
s'il s'agit d'une radiographie d'un membre : radio du poignet, du pied...

- Demandez **obligatoirement** l'accord préalable pour tous les actes en série (à partir de 10) - Joindre la prescription du médecin.

- **PROTHÈSES DENTAIRES** : Nous demander l'accord préalable à l'aide de l'imprimé spécifique

- **HOSPITALISATION** : Pour toute hospitalisation à l'étranger, veuillez contacter la compagnie d'assistance pour l'avance des frais (les numéros de téléphone et de contact figurent sur votre carte)

• Fill in, date and sign this document

- Please enclose the **original paid invoices** as well as all the medical prescriptions for all the complementary proceedings (analyses, X-rays, massages...)

- Check that your subscriptions are updated

• Use a care-form for each practitioner

- Don't hesitate to enclose a separate sheet describing the exact nature of the treatments :

- EXEMPLE : In the case of blood test (cholesterol, glycemia...)

In the case of X-rays of the wrist, foot...

- It is **compulsory** to ask for a preliminary agreement for multiple acts - please attach the medical prescription of the practitioner

- **DENTAL PROSTHESIS** : Please ask us for a preliminary agreement with the help of the specific preliminary agreement form.

- **HOSPITALIZATION** : For all the hospitalizations abroad, please contact repatriation company for the payment of the costs in advance (phone and contract numbers are on the membership card)

• Llenar, fechar y firmar el documento

- Adjuntar obligatoriamente las facturas originales y pagadas así como todas las prescripciones médicas por todas las prácticas complementarias (análisis, radiografías, masajes...)

- Verifique que usted esté al día en sus cotizaciones

• Utilize una hoja de atención por cada médico

- No vacile en indicar la naturaleza exacta de la atención en una hoja aparte

- EJEMPLO : Si se trata de un análisis de sangre : búsqueda de glycemia o colesterol...

Si se trata de una radiografía de un miembro : radiografía de la muñeca, del pie...

- Pedir **obligatoriamente** el acuerdo previo para todos los actos en serie - adjuntar la prescripción médica

- **PRÓTESIS DENTALES** : les rogamos que nos contacten para un acuerdo previo

- **HOSPITALIZACION** : en caso de ingreso en un hospital en el extranjero , les rogamos que contacten a la Compañía de Asistencia que tomará contacto con el hospital para garantizar los gastos médicos (encontrará el número de teléfono y de cliente en su tarjeta)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus

I certify on my honor, that the informations mentioned above are true

Yo certifico sobre el honor la exactitud de las informaciones escritas arriba

LIEU, DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES DE L'ASSURÉ(E)

Place, date and signature of the insured person (compulsory)

Lugar, fecha y firma obligatorias del asegurado

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE MÉDECIN

To be mandaterily filled in by the Practitioner / A llenar obligatoriamente por el médico

IDENTIFICATION DU PRATICIEN (Nom, Adresse) <i>Doctor identification (Name, Address) / Identificación del médico (Nombre, Dirección)</i>	NOM ET PRÉNOM DU MALADE OBLIGATOIRE <i>Name and forename of patient (compulsory)</i> Apellido y nombre del paciente						
CACHET DU MÉDECIN OBLIGATOIRE <i>Doctor's stamp compulsory / Timbre del médico obligatorio</i>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"/>						
	DATE DE NAISSANCE OBLIGATOIRE <i>Date of birth compulsory / Fecha de nacimiento</i>						
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>						

COCHER LA SPÉCIALITÉ / Tick the speciality / Marcar la especialidad

<input type="checkbox"/> MÉDECIN GÉNÉRALISTE <input type="checkbox"/> Spécialité <input type="checkbox"/> RADIOLOGISTE <input type="checkbox"/> INFIRMIER <input type="checkbox"/> MASSEUR KINÉSITHÉRAPEUTE <input type="checkbox"/> DENTISTE <input type="checkbox"/> AUTRE : Préciser	<input type="checkbox"/> PHYSICIAN <input type="checkbox"/> Speciality <input type="checkbox"/> RADIOLOGIST <input type="checkbox"/> NURSE <input type="checkbox"/> MASSEUR-SPECIALITY OF KINESITHERAPY <input type="checkbox"/> DENTIST <input type="checkbox"/> OTHER to be specified	<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> Especialidad <input type="checkbox"/> RADIOLOGO <input type="checkbox"/> ENFERMERO <input type="checkbox"/> MASAJISTA <input type="checkbox"/> DENTISTA <input type="checkbox"/> OTRO a precisar
---	---	---

EXAMEN OU TRAITEMENT <i>Examination or traitement</i> <i>Examen o Reconocimiento</i>	SOINS PRATIQUÉS : (préciser la nature des examens ou des soins) <i>CARE : (specify the type of examination or attendance)</i> <i>ASISTENCIA DISPENSADA : (precisar los tipos de exámenes o de los tratamientos)</i>			
	DATE DES SOINS <i>DATE OF CARE</i> <i>FECHA DE LA CURACION</i>	NATURE <i>TYPE</i> <i>TIPO</i>	MONTANT PAYÉ <i>OBLIGATOIRE</i> <i>AMOUNT PAID</i> <i>IMPORTE PAGADO</i>	SIGNATURE DU PRATICIEN OBLIGATOIRE <i>(attestant le règlement des soins)</i> <i>PHYSICIAN'S SIGNATURE</i> <i>FIRMA DEL MEDICO</i>
CONSULTATION MÉDICALE <i>Medica visit</i> <i>Consultación médica</i> <input type="checkbox"/>				
PHARMACIE <i>Pharmacy</i> <i>Farmacia</i> <input type="checkbox"/>				
EXAMEN RADIOLOGIQUE <i>Radiological examination</i> <i>Examen radiológico</i> <input type="checkbox"/>				
EXAMEN DE LABORATOIRE <i>Laboratory test</i> <i>Análisis de laboratorio</i> <input type="checkbox"/>				
PIQÛRES - MASSAGES <i>Injections - Massages</i> <i>Inyecciones - Masajes</i> <input type="checkbox"/>				
SOINS DENTAIRES <i>Dentals care / Curas dentales</i> <small>(pour les prothèses dentaires utiliser un feuillet à part / for dental prosthesis please use a separate sheet / para las prótesis dentales utilizar una hoja aparte)</small> <input type="checkbox"/>		- Détail des soins - Details of the dental treatment - Detalle de las curaciones		
AUTRE CAS <i>Other cases</i> <i>Otros casos</i> <input type="checkbox"/>				

LA LOI REND PASSIBLE D'AMENDE ET/OU D'EMPRISONNEMENT QUICONQUE SE REND COUPABLE DE FRAUDE OU DE FAUSSE DÉCLARATION. <small>(art. 441-I du code Penal)</small> <i>The law renders liable to a fine and/or to prison sentence anybody who becomes guilty of defrauding or of making a false statement. (art. 411-I of the French Penal Code)</i> <i>La Ley puede aplicar una multa y/o encarcelamiento a quien sea encontrado culpable de fraude o de falsa declaración. (art. 441-I del Código Penal)</i>	J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus <i>I certify on my honor, that the informations mentioned above are true</i> <i>Yo certifico sobre el honor la exactitud de las informaciones escritas arriba</i> LIEU, DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES DE L'ASSURÉ(E) <i>Place, date and signature of the insured person (compulsory)</i> <i>Lugar, fecha y firma obligatorias del asegurado</i>
--	---