Groepsverzekering (Health Care)

# Procedure voor het indienen van ambulante medische kosten

*in het kader van de waarborg " Ambucare Flexible"*

**Om uw zending te kunnen identificeren en er het gepaste gevolg aan te geven, verzoeken wij u de hieronder beschreven werkwijze steeds na te leven.**
**Het is belangrijk om altijd de refertes van uw dossier, indien u ze kent, te vermelden of indien u ze niet kent luik 1: indentificatie duidelijk in te vullen.**
**Een volledig en overzichtelijk dossier draagt bij tot een vlotte afhandeling.**

Documenten tot uw beschikking bij uw werkgever en
op onze Website op het volgende adres : www.myglobalbenefits.aginsurance.be

**Het document ' aanvraag tot terugbetaling van medische ambulante kosten' is opgesplitst in 2 luiken.**

***Luik 1 :*** Identificatie altijd in te vullen bij iedere aanvraag tot terugbetaling van medische kosten .

***Luik 2 :***

Vul voor de betrokken verzekerde , vermeld in de zone 'Patiënt' van luik 1, de delen A,B,C &D in, op basis van de gerangschikte en genummerde bewijsstukken. Gelieve één document per verzekerde te gebruiken.

Deze bewijsstukken zijn de volgende:

***- Deel A : Medische zorgen :*** ***A1 : consultaties, doktersbezoeken, onderzoeken, kine***
***A2 : tandzorgen, orthodontische behandelingen***
***A3 : andere (medische prothesen, hoorapparaten,…)***

- Voor deze kosten van ambulante zorgen vraagt u aan uw mutualiteit een overzicht van alle verstrekkingen die op de betreffende persoon slaan;
- Voor eventuele verstrekkingen die niet op voorgaande overzichten zijn opgenomen: de facturen en/of ereloonnota's.
- Voor de kosten van medische prothesen en hoorapparaten : factuur en document met de terugbetaling, of een attest met bevestiging van de weigering van tussenkomst van uw mutualiteit.

***- Deel B : Apothekerskosten***

- Voor de geneesmiddelen, verbanden,… : vraag aan uw apotheker een 'attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering' (dit is een nota (MOD BVAC.) met vermelding van de naam en de voornaam van de patiënt, de naam van de arts, de afleveringsdatum , de gedetailleerde lijst van de producten met benaming en prijs)

***- Deel C: Optiekkosten (montuur, glazen, contactlenzen,…)***

- Gedetailleerde factuur met een overzicht van de tussenkomst van uw mutualiteit

***- Deel D : Tandprothesen (bruggen, kronen, implantaten)***

- Gedetailleerde factuur met een overzicht van de tussenkomst van uw mutualiteit

Zend uw dossier naar : **AG Insurance – Health Care**
**E. Jacqmainlaan 53**
**1000 Brussel**

**Dank bij voorbaat.**

*Mocht u het groepsnummer niet kennen, dan kan u dit aan uw werkgever vragen.*

0079-8070031N-15012015

Groepsverzekering (Health Care)

AG INSURANCE

# Aanvraag tot terugbetaling van ambulante medische kosten

*in het kader van de waarborg " Ambucare Flexible"*

Documenten tot uw beschikking bij uw werkgever en
op onze Website op het volgende adres : www.myglobalbenefits.aginsurance.be

## Luik 1 : Identificatie

Werkgever : ..... Groep nr : .....

***Personeelslid :*** Naam ..... Voornaam : .....

Geboortedatum : ..... /..... /..... Refertes AG Insurance indien gekend : ..... /..... /..... /.....

Adres : .....

E-mailadres : ..... @ .....

Bankrekeningnr : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ Telefoonnr : .....

***Patiënt :***

Naam .....

Voornaam .....

Geboortedatum ..... /..... /.....

## Luik 2 : ambulante medische kosten

Voor de betreffende persoon, de bewijsstukken nummeren, bijvoegen en in onderstaande tabellen invullen. Gelieve voor iedere verzekerde een apart document te gebruiken aub.

***A.Medische zorgen***

**A.1 Consultaties, doktersbezoeken, onderzoeken, kiné, behandelingen,...**

| Nr | Datum | Naam Zorgenverstrekker | Betaald | Mutualiteit | Ten Laste |
|---|---|---|---|---|---|
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | | | | Totaal A 1 | |

**A.2 Tandzorgen, orthodontische behandelingen**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | | | | Totaal A 2 | |

**A.3 Medische prothesen, hoorapparaten,…**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | | | | Totaal A 3 | |
| | | | Totaal A1 + A2 + A3 | TOTAAL € | |

***B. Apothekerskosten: geneesmiddelen, verbanden,…(gelieve het 'attest van vergoedbare farmaceutische verstrekkingen in het kader van een bijkomende verzekering' bij te sluiten)***

| Nr | Datum | Betaald | | Nr | Datum | Betaald |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | | / / | |
| | / / | | | Totaal B € | | |
| | / / | | | | | |

***C. Optiek (montuur, glazen, contactlenzen,…)***

| Nr | Datum | Aard van de kosten | Betaald | Mutualiteit | Ten Laste |
|---|---|---|---|---|---|
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | | | | Totaal € | |
| | | | | Totaal C1 | (C1) |
| | / / | Montuur | | | |
| | | | | Totaal C2 (Max: 85 €) | (C2) |
| | | | | **Totaal C1 + C2** | |

***D. Tandprothesen (bruggen, kronen, implantaten)***

| Nr | Datum | | Betaald | Mutualiteit | Ten Laste |
|---|---|---|---|---|---|
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | / / | | | | |
| | | | | Totaal € | |
| | | | | **Totaal D** | |

**TOTAAL A + B + C + D :** ..... €

Vul zonodig meerdere formulieren in.

Gelieve uw dossier te zenden naar : **AG Insurance - Health Care**
**E. Jacqmainlaan 53**
**1000 Brussel**

De ondergetekende gaat akkoord dat AG Insurance bovenvermelde gegevens, mits naleving van de Belgische privacy-wetgeving, kan verwerken met het oog op het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, met inbegrip van het opmaken van statistieken. De betrokken persoon heeft het recht om zijn gegevens in te kijken en, in voorkomend geval, te verbeteren. De gegevens die de gezondheid betreffen worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en de toegang ertoe is beperkt tot die personen die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken. AG Insurance zal deze gegevens niet meedelen aan derden.
Ondergetekende gaat evenwel akkoord dat AG Insurance deze gegevens meedeelt voor zover hiertoe in haar hoofde een wettelijke of contractuele verplichting of een gewettigd belang bestaat.

*Met dank voor uw medewerking*

Datum:

**Handtekening:**