

Document à joindre OBLIGATOIREMENT
(Un seul document par envoi même si soins pour plusieurs membres de la famille)

Ce document doit être dûment complété par l'assuré.

<i>Assuré Principal</i>	<i>Prénom</i>	<i>N° de Contrat ACI</i>
<i>Téléphone</i>	<i>Email</i>	

JUSTIFICATIFS A FOURNIR (liste non exhaustive) :

HOSPITALISATIONS ET MATERNITE :

Les hospitalisations sont soumises à un accord préalable (document disponible) qui doit être transmis par fax au (33) 4 50 02 05 65 ou par mail à l'adresse suivante service.medical@bil-assurances.fr.

Une prise en charge peut être établie pour un paiement direct auprès de l'Etablissement hospitalier, vous évitant l'avance des frais. Attention : Certains établissements n'acceptent pas les prises en charge.

FRAIS MEDICAUX ET OPTIQUE :

Consultations : Joindre le reçu du praticien.

Pharmacie, Analyses, Radiologie etc... : Joindre la prescription médicale (ordonnance) ainsi que la facture détaillée et acquittée du praticien, laboratoire

DENTAIRE :

Soins : Joindre la facture détaillée (actes et dents concernés) et acquittée.

Prothèses dentaires et orthodontie : Travaux dentaires soumis à accord préalable (document disponible) à transmettre par fax au (33) 4 50 02 05 65 ou par mail à l'adresse suivante frais-de-sante@bil-assurances.fr.

Le remboursement intervient sur présentation de la facture détaillée et acquittée, précisant les dents concernées pour les prothèses dentaires et le semestre pour l'orthodontie.

KINESITHERAPIE, ORTHOPHONIE ET ORTHOPTIE :

Actes en série soumis à accord préalable (document disponible) à transmettre par fax au (33) 4 50 02 05 65 ou par mail à l'adresse suivante frais-de-sante@bil-assurances.fr.

IMPORTANT :

SOINS EFFECTUES EN FRANCE : demander la feuille CERFA (marron et blanche) ou formulaire équivalent, auprès du praticien accompagnée de la prescription médicale. Ces documents étant obligatoires pour prétendre au remboursement.

ORDONNANCES : Les prescriptions médicales doivent être établies sur un document conforme précisant le nom, prénom et date de naissance du patient et comportant signature et tampon du praticien.

**POUR TOUTES QUESTIONS CONCERNANT VOS REMBOURSEMENTS
CONTACTER LE CENTRE DE GESTION**

Téléphone : (33) 4 50 88 10 09

Email : frais-de-sante@bil-assurances.fr

