



assurances depuis 1944
par et pour le secteur de la santé

AMMA HOSPI-PLAN

Déclaration de sinistre

AMMA ASSURANCES a.m.
Association d'assurance mutuelle à cotisations fixes
conformément à l'article 2, § 2 de la Loi du 25.06.1992 (M.B. 20.08.1992)

agrée sous le code 0126
pour les branches accidents, maladie, auto, incendie, autres dommages, r.c. véhicules automoteurs et r.c. générale
(A.R. des 04 et 13.07.1979 – M.B. 14.07.1979)

fondée le 20.12.1944
statuts publiés au Moniteur Belge le 27.12.2011

info@amma.be
www.amma.be

CONSEILS À SUIVRE EN CAS D'HOSPITALISATION

Si vous êtes admis dans une institution hospitalière, les documents repris ci-dessous seront nécessaires en vue de constituer votre dossier et de procéder au remboursement des frais exposés.

AMMA s'occupera du reste et guérir sera votre seule préoccupation.

QUELS SONT LES DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE?

Les documents ci-dessous doivent nous être transmis avec les mentions suivantes afin d'être pris en considération pour le remboursement des frais :

- La déclaration de sinistre (voir ci-après). Des exemplaires supplémentaires peuvent être téléchargés sur le site www.amma.be et sont aussi disponible auprès d'AMMA. Ce document doit nous être renvoyé dûment complété et signé.
- La (les) facture(s) originale(s) d'hospitalisation. Une copie de la demande d'acompte doit être transmise à l'assureur puisque AMMA s'engage à avancer la moitié de la dite provision sous déduction de la franchise éventuelle.
- Les frais de consultation : copie d'attestation de soins donnés et les quittances de remboursement de la mutualité. L'attestation de soins doit comporter obligatoirement les données suivantes (art 320 C.I.R.) : la date et le code INAMI de la prestation, ainsi que le montant d'honoraire payé par le patient. Nous nous permettons d'insister afin de recevoir la copie de l'attestation complète (y compris le talon servant de reçu).
- Les frais de kinésithérapie : idem que pour les frais de consultation. Nous vous demandons de joindre également la prescription du traitement de kinésithérapie.
- Les frais pharmaceutiques : le montant de ces frais doit être repris sur le ticket B.V.A.C., qui mentionne le nom du patient, le nom du médecin prescripteur, la date de prescription, le prix « public » ainsi que le ticket modérateur.
- Les séances de psychothérapie : idem que pour les frais de consultation. Veuillez joindre également un rapport médical à envoyer sous pli fermé à l'attention de notre médecin-conseil. Ce rapport devra mentionner la cause de l'affection, l'évolution de celle-ci et le traitement médicamenteux.



assurances depuis 1944
par et pour le secteur de la santé

ET POUR VOS FRAIS PRÉ- ET POST-HOSPITALISATION ET LES FRAIS LORS D'UNE MALADIE GRAVE ?

Les frais pré- et post-hospitalisation sont les frais ambulatoires dont le remboursement est limité à une période de 60 jours avant l'hospitalisation et à 180 jours après l'hospitalisation.

Les frais lors de maladies graves sont des frais ambulatoires liés aux maladies graves couvertes par la société également en dehors du séjour hospitalier. L'assureur se réserve le droit de subordonner le droit aux prestations des pièces médicales qui objectivent le diagnostic posé.

La déclaration de sinistre doit être dûment complétée (colonne par colonne) en fonction des prestations médicales et paramédicales prodiguées. Nous vous demandons de bien vouloir y joindre :

- Les attestations d'honoraires des médecins, spécialistes, etc.
- Les documents mentionnant les notes de frais pharmaceutique, les tickets B.V.A.C., à réclamer auprès de votre pharmacien (voir ci-dessus).

Afin de bénéficier d'un remboursement rapide, nous vous proposons de nous envoyer vos frais mensuellement ou trimestriellement.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

1. Vous bénéficiez d'une assurance hospitalisation AMMA HOSPI-PLAN.
2. Alors, contactez sans hésiter pour toute information notre info-line 32(0)2 209 02 07 pour des renseignements général ou au 32(0)2 737 53 39 pour un sinistre spécifique.
3. En cas d'hospitalisation à l'étranger, prenez contact avec Europ Assistance au numéro 32(0)2 541 90 28.
4. N'hésitez pas à consulter les conditions générales d'application.
5. A qui devez-vous transmettre votre dossier d'hospitalisation?

AMMA
Service Sinistres
Avenue des Arts 39 boîte 1
1040 BRUXELLES

6. Vous pouvez nous adresser bien entendu les données médicales émanant de votre médecin sous pli fermé. Le médecin conseil de la compagnie jugera en fonction des données en sa possession si de plus amples renseignements médicaux doivent être fournis.



assurances depuis 1944
par et pour le secteur de la santé

AMMA HOSPI-PLAN – Déclaration de sinistre

N° de la police et/ou dossier

N°

Identité du titulaire

Nom Prénom

Rue N° Boite

Code postal Commune

Adresse e- mail : Tél N°

N° de compte en banque/...../.....

Identité du patient

Nom Prénom

Parenté avec le titulaire Date de naissance/...../.....

Interventions préalable

Le patient a-t-elle été traité antérieurement pour cette maladie ?

Si oui à quelle date?/..../..... Quand est-ce que le premier diagnostic a été effectué ?

Mutualité et autre assurances

Nom et adresse de la mutualité N° d'affiliation

Autres assurances couvrant le remboursementN° de police.....

Raison de la demande d'intervention

Hospitalisation	non / oui
Pré- et post-hospitalisation	non / oui
Soins palliatifs	non / oui
Soins ambulatoires – Maladies graves	non / oui - si oui, entourer la maladie concernée :

le cancer, la leucémie, la maladie de Hodgkin, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la diphtérie, la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale, la variole, le typhus, la fièvre typhoïde ou paratyphoïde, l'encéphalite, le charbon, le tétanos, le choléra, la tuberculose, les affections rénales qui nécessitent une dialyse, la scarlatine, l'hépatite virale, le diabète, le sida, la maladie d'Alzheimer, la mucoviscidose, la dystrophie musculaire progressive, la malaria, la maladie de Crohn et la sclérose latérale amyotrophique.

A ne compléter que s'il s'agit d'un accident

Date et heure du sinistre Lieu de l'accident

Circonstances de l'accident.....

Nom et adresse du responsable éventuel

Compagnie d'assurance (nom + numéro de police) de la partie adverse

Noms et adresses des témoins

Autorité ayant procédé au constat ainsi que numéro de PV.

Date:

Signature de l'assuré



assurances depuis 1944
par et pour le secteur de la santé

N° de la police et/ ou N° de dossier

N°

Identité du titulaire

Nom Prénom

Identité du patient

Nom Prénom

Détail des frais ambulatoires

Nom du médecin	Prestation	date de la prestation	Montant des honoraires	Intervention de la mutualité	Différence

Le soussigné marque son accord quant à l'utilisation des données relatives à sa santé afin de déterminer l'étendue des garanties du contrat ainsi que pour la gestion des sinistres. Les destinataires de ces données sont les personnes chargées, au sein d'Amma, de ces missions (art. 7 de la loi du 8.12.1992 sur la vie privée).

Le soussigné déclare que la maladie pour laquelle il (elle) est hospitalisé(e) est la cause directe des frais mentionnés ci-dessus.

Date: Signature de l'assuré

Attestation médicale à remplir par le médecin traitant

Soussigné(1)

déclare que(2)

a. est en traitement pour (3)

b. date d'apparition des premiers symptômes ou date du début de la maladie __ / __ / __

c. doit être hospitalisé du __ / __ / ____ au __ / __ / ____

pour (4)

code INAMI de l'opération (obligatoire)

Fait à à la date du __ / __ / ____

Le médecin (signature)

(1) nom, prénom, éventuellement spécialisation et adresse médecin.
(2) nom, prénom, du patient.
(3) description et localisation des lésions ou de la maladie.
(4) nom de l'opération ou des traitements envisagés.