

Demande de remboursement des frais médicaux

Assurance de groupe (Health Care)



Envoyez vos frais médicaux pour remboursement à AG. Vous pouvez le faire **en ligne : c'est simple et efficace**. Vous pouvez aussi compléter ce formulaire et le renvoyer avec vos justificatifs par courrier

Renvoyez tout en ligne
www.ag.be/hospi.

OR

Envoyez ce formulaire à :
AG
Service Medical Health Care
Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles

CONFIDENTIEL

Attention : Ces frais médicaux sont-ils liés à une hospitalisation ? Si oui, déclarez l'hospitalisation à AG et compléter la déclaration de sinistre. Vous pouvez transmettre le formulaire papier ou **faire une déclaration en ligne** sur www.ag.be/hospi. Vous y trouverez aussi plus d'informations dans la rubrique 'Que faire en cas d'hospitalisation ?'

Quels justificatifs pouvez-vous envoyer ?

- Factures d'hospitalisation** originales et détaillées [+ éventuelles annexes];
- Facture du **transport en ambulance** [cette facture doit d'abord être transmise à la mutuelle];
- Frais de **médicaments** (attestations de pharmacie):
 - Demandez une attestation BVAC à votre pharmacien. Ce document comporte le nom du patient et du médecin, la date de délivrance et les produits achetés [dénomination et prix].
 - Conseil :** vous avez une My Healthcare Card [carte verte] ? Vous pouvez la faire scanner chez votre pharmacien. Vos attestations de pharmacie seront envoyées immédiatement par voie électronique à AG.
 - Attention :** vous devez d'abord activer la carte. Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.ag.be/mgb/carte.
- Pour les frais de soins ambulatoires [par ex. visite du médecin]:
 - Demandez à votre mutuelle un aperçu, par patient, de toutes les prestations pour une période donnée.
- Pour les éventuelles autres prestations :
 - Les factures et/ou notes d'honoraires.

Complétez vos coordonnées [* = obligatoire]

1. Données du patient

Nom* : Prénom* :
Référence du client [numéro de contrat ou de carte] : Date de naissance* : / /
Nom de l'employeur ou de l'organisateur [si l'assurance passe via l'employeur ou le secteur] :
Rue* : Numéro* : BP :
Code postal* : Localité* :
E-mail : Numéro de téléphone* :

2. Coordonnées

Les coordonnées précitées peuvent être utilisées pour toute communication ultérieure relative au remboursement de ces frais médicaux.

Veuillez utiliser les coordonnées suivantes pour tout contact ultérieur :

Nom* : Prénom* :
Rue* : Numéro* : BP :
Code postal* : Localité* :
E-mail : Numéro de téléphone* :

Droits de la personne concernée

Dans les limites de la loi :

- la personne concernée a le droit de prendre connaissance de ses données afin d'en demander une rectification, le cas échéant ;
- la personne concernée a le droit de s'opposer au traitement de ses données, de demander la limitation du traitement de ses données et de demander la suppression de ses données. Dans ces cas, il est possible qu'AG ne puisse pas exécuter la relation contractuelle.



À cette fin, la personne concernée peut adresser une demande datée et signée au Data Protection Officer (« DPO ») d'AG, accompagnée d'une photocopie recto verso de sa carte d'identité.

Les demandes d'intervention du Data Protection Officer d'AG sont à envoyer aux adresses suivantes :

Par courrier : AG – Data Protection Officer
Boulevard Emile Jacqmain 53, 1000 Bruxelles

Ou par e-mail : AG_DPO@aginsurance.be

Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Plus d'informations relatives à la manière dont AG protège les données à caractère personnel et à l'exercice des droits des personnes concernées se trouvent dans la Notice Vie Privée d'AG, disponible sur www.ag.be.