ALLIANZ

Ophtalmologie extra-murale – questionnaire à remplir pour la prise en charge des frais encourus au cabinet médical.

1. Nom, prénom et adresse complète du patient
2. Nom complet du centre
3. Nom et numéro INAMI du médecin
4. Type d’intervention avec code INAMI complet (lettre clef et coefficient)

Date de l’intervention Nature de l’intervention Code INAMI

1. Déclaration du médecin
   1. Le centre cité ci-dessus dispose d’un compte de conformité par l’INAMI et satisfait toutes les conditions légales exigées afin d’accomplir l’intervention citée au point 4.
   2. L’intervention citée au point 4 se déroule sous anesthésie locale.
2. Déclaration du patient
   1. Le patient est entièrement informé concernant l’intervention citée au point 4.
   2. Le patient est tout à fait d’accord avec la nature de l’intervention et le fait que celle-ci a lieu dans le centre dont l’adresse est reprise au point 2.
   3. Le patient a pris connaissance de la procédure de remboursement repris au verso de ce questionnaire.
3. La compagnie d’assurance intervient pour les frais assurés qui restent à charge de l’assuré qui doit subir une intervention chirurgicale oculaire à la suite d’un accident ou une maladie. Après réception et examination de ce document par la compagnie d’assurance, les frais assurés restant à charge du patient pourront être remboursés. La procédure de remboursement est expliquée au verso de ce questionnaire.

Fait à

Date

Signature et cachet du médecin

Signature de l’assuré précédé de la mention « lu et approuvé ».