



COMMENT COMPLETER VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Nous vous informons que l'Assureur a besoin de certaines informations afin de déterminer si vos soins sont couverts par votre Police. Vous devez donc **impérativement** indiquer **la nature de l'affection** et la **date de premier diagnostic** sur votre demande de remboursement, par exemple :

Nom/Prénom	Description des frais et du traitement	Nature de l'affection et date de premier diagnostic
<i>DUPONT Claude</i>	<i>Consultation et pharmacie du 15.01.2024</i>	<i>Rhume du 15.01.2024</i>
<i>DUPONT Hélène</i>	<i>Séance d'ostéopathie du 30.01.2024</i>	<i>Mal de dos depuis 01.10.2023</i>

Nous vous rappelons que, sans votre **consentement au traitement de vos données personnelles médicales**, nous ne pourrions pas procéder au remboursement de vos soins.

Nous regrettons que toute demande de remboursement incomplète fera l'objet d'un retour.

Nous vous remercions de votre coopération.

AMARIZ LIMITED