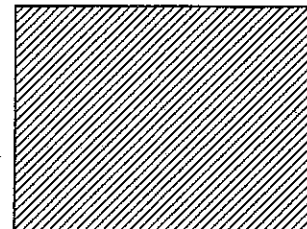


**ASSURANCE MUTUELLE CONTRE LA MALADIE ET LES ACCIDENTS DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES  
UNITED NATIONS MUTUAL INSURANCE SOCIETY AGAINST SICKNESS AND ACCIDENT  
DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX / MEDICAL INSURANCE CLAIM**



Voir instructions au verso / See instructions on reverse side of form

1. Nom du patient / Patient's family name (si différent / if different)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom /First name: \_\_\_\_\_

Pour l'enfant, date de naissance : \_\_\_\_\_

Date of birth of child: \_\_\_\_\_

2. Nom du sociétaire / Member's family name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom /First name: \_\_\_\_\_

3. No d'assurance du patient  
Patient's insurance No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. a) Cette demande est-elle soumise à la suite d'un accident ?  
Does this claim result from an accident?

non/no     oui/yes

Si oui, joindre mémorandum explicatif  
If yes, attach explanatory memorandum

b) Avez-vous droit à des remboursements par une autre assurance ?  
Are you entitled to reimbursements from any other source?

non/no     oui/yes

Si oui, nom de l'Assurance  
If yes, name of Insurance

FACTURES ORIGINALES (à joindre à la présente) ORIGINAL BILLS (to be attached)	MONTANT TOTAL / TOTAL AMOUNT			
	Franc suisse Swiss franc	EURO	Autres monnaies Other currencies	
			Currency	Amount
1. HOSPITALISATION / CURE / CONVALESCENCE				
2. FRAIS MÉDICAUX (médecins) / MEDICAL CARE (doctor's)				
3. SOINS ORDONNÉS (analyses, radiographies, physiothérapie) PRESCRIBED CARE (tests, X-rays, physiotherapy)				
4. PHARMACIE / PHARMACEUTICALS				
5. SOINS DENTAIRES / DENTAL FEES				
6. SOINS OPTIQUES / OPTICAL FEES				
7. AUTRES FRAIS OTHER EXPENSES				

CORRESPONDANCE:  
CORRESPONDENCE:

CHANGEMENT D'ADRESSE / CHANGE OF ADDRESS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No. tél. privé / Home tel. No. \_\_\_\_\_

Courriel / E-mail: \_\_\_\_\_

EN CAS DE CHANGEMENT DE BANQUE, VEUILLEZ DEMANDER  
LE FORMULAIRE APPROPRIÉ À L'ASSURANCE MUTUELLE – IN  
CASE OF CHANGE OF BANK, PLEASE ASK THE INSURANCE  
SOCIETY FOR THE RELEVANT FORM

Date: \_\_\_\_\_

<i>Traitée par</i>	<i>Date</i>

Signature du sociétaire / Member's signature

# ASSURANCE MUTUELLE CONTRE LA MALADIE ET LES ACCIDENTS DU PERSONNEL DES NATIONS UNIES

---

## INSTRUCTIONS A LIRE AVANT DE REMPLIR LA DEMANDE

1. Toute demande doit être présentée dans un délai de douze mois après la date de la facture.
2. L'autorisation préalable écrite de l'Assurance doit être demandée pour certaines prestations médicales conformément au Règlement de l'Assurance. Cette autorisation n'est valable que pour une durée de six mois.
3. Veuillez remplir une demande individuelle pour chaque personne assurée.
4. Veuillez vous assurer que la demande est signée par le fonctionnaire assuré.
5. Gardez une photocopie pour vos dossiers.
6. Joignez à la demande l'original des factures, ordonnances, reçus et toutes autres pièces justificatives.
7. Adressez votre demande à :  
Assurance maladie – Groupe des remboursements  
Service de la gestion des ressources financières  
Palais des Nations  
CH-1211 Genève 10, Suisse

## REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX

Le remboursement de frais médicaux est régi par les dispositions du Règlement de l'Assurance. Les barèmes de remboursement sont indiqués dans les Annexes du Règlement.

# UNITED NATIONS STAFF MUTUAL INSURANCE SOCIETY AGAINST SICKNESS AND ACCIDENT

## INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF CLAIM FORM

---

1. All claims must be submitted within twelve months from the date of bill.
2. For certain medical benefits the prior authorization of the Society in writing must be requested in accordance with the Society rules. Such authorizations are only valid for a period of six months.
3. Submit a separate claim for each insured person.
4. Ensure that claim is dated and signed by the insured staff member.
5. Retain a copy for your own records.
6. Attached originals of all invoices, prescriptions, receipts and other supporting documentation.
7. Address all claims to:  
Medical Insurance – Reimbursement Unit  
Financial Resources Management Service  
Palais des Nations  
CH-1211 Geneva 10, Switzerland

## PAYMENT OF BENEFITS

The payment of benefits is governed by the provisions of the Internal Rules of the Society. The scales of reimbursement are set out in the Annexes of the Internal Rules.