



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

Cliquez pour voir les instructions / Click to see the instructions



1. Nom du patient / Patient's Family Name

2. Nom du sociétaire / Member's family name

Prénom / First name: _____

Prénom / First name: _____

Date de naissance: _____
Date of birth: _____

Organisation Bureau/Room Int/Ext: _____

3. N° d'assurance du patient :
Patient's Insurance N°: _____

Organisation Bureau/Room Int/Ext: _____
Courriel: _____
E-mail: _____

4. a) Cette demande est-elle soumise à la suite d'un accident ?
Does this claim result from an accident? non/no oui/yes

b) L'accident est-il lié au travail ?
Is accident/illness related to employment? non/no oui/yes

c) 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, joindre mémorandum explicatif
If yes, attach explanatory memorandum

FACTURES ORIGINALES (à joindre à la présente) ORIGINAL BILLS (to be attached)		MONTANT TOTAL / TOTAL AMOUNT Reset			
		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 ORDONNES (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 DE BUREAU / CHANGE OF OFFICE

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

Traité par _____

Date: _____

Date: _____

Save



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 de 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.

[Home](#)

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. Attach 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.