



## 2 DÉTAILS SUR LE TRAITEMENT À COMPLÉTER PAR LE PRESTATAIRE MÉDICAL

- Si un traitement supplémentaire est nécessaire, il est impératif de nous en informer.
- Veuillez noter que les factures doivent être fournies dans un délai de 60 jours suivant la sortie du patient. Si certaines dispositions particulières ont été convenues entre le prestataire médicale et Allianz Worldwide Care, celles-ci seront appliquées.

### Blessure/maladie

Description de la pathologie ou problème de santé, signes cliniques et symptômes :

Cause sous-jacente (si connue)

Date à laquelle cette pathologie a été diagnostiquée ?  /  /  Date de la première consultation pour cette pathologie ?  /  /

À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus chez le patient ?  /  /

Diagnostic/ Diagnostic provisoire

CIM-9/10  DSM-IV  DRG

### Veuillez également fournir les éléments suivants en cas de grossesse :

Date à laquelle la grossesse a été confirmée par le médecin :  /  /  Date d'accouchement prévue ou effective :  /  /

Est-ce que la naissance d'un seul enfant est attendue ? Oui  Non

Si non, la grossesse résulte-t-elle d'une reproduction médicale assistée autre qu'une insémination artificielle Oui  Non

Mode d'accouchement

### Traitement

Traitement/procédure

Date d'admission prévue :  /  /

### Pour les traitement aux États-Unis/ Royaume-Uni

Code(s) CPT  Code(s) CCSD

Description

### Coûts

Pour un traitement en Allemagne (DRG), veuillez confirmer le prix de base (Basisfallpreis)

Estimation de la durée du séjour  nuit(s)  / jour(s)  (veuillez cocher la case appropriée)

Un tarif forfaitaire est-il proposé ? Oui  Non  Si « Oui », veuillez indiquer le prix et la devise

Si « Non » veuillez indiquer un décompte et une estimation des coûts :

Frais d'hôpital  Honoraires de médecin/anesthésiste

Estimation du coût total et devise

### Informations sur les prestataires médicaux

Nom de l'hôpital/établissement

Adresse (y compris le pays)

Adresse e-mail (obligatoire)

Téléphone (Indicatif pays)  (Indicatif régional)

Fax (obligatoire) (Indicatif pays)  (Indicatif régional)

### Nom du médecin référent

Nom

Adresse e-mail (obligatoire)

Téléphone (y compris indicatif pays et indicatif régional)

Fax (obligatoire, y compris indicatif pays et indicatif régional)

### Médecin traitant/responsable de l'admission

Nom

Adresse e-mail (obligatoire)

Téléphone (y compris indicatif pays et indicatif régional)

Fax (obligatoire, y compris indicatif pays et indicatif régional)

### Veuillez signer, dater et apposer votre cachet officiel.

Toutes les informations indiquées sur ce formulaire sont, à ma connaissance, correctes, exactes et complètes.

Signature du médecin

Date  /  /

Cachet officiel du prestataire médical

Veuillez, s'il vous plait, envoyer ce formulaire d'entente préalable dûment rempli au moins cinq jours ouvrés avant le début des soins par :

- E-mail, après avoir numérisé le document à [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com), ou
- Fax au: + 353 1 653 1780, ou
- Courrier à : Medical Services Department, Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande

Nous vous recommandons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter notre service téléphonique au : +353 1 630 1303 ou par e-mail à : [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

Pour consulter la liste de nos numéros gratuits, rendez-vous sur [www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers).