

2 Informations médicales

(toutes les sections doivent être complétées par le principal médecin en charge du traitement du patient si possible, doit sinon être complété par l'adhérent(e))

Dans quel pays le traitement a-t-il eu lieu ?

Quelle est la devise de la facture ?

Quel est le montant total de la demande de remboursement ?

Détails médicaux

Raisons du traitement/de la visite chez le praticien médical, par ex. vos symptômes et diagnostic s'ils sont connus

Est le traitement lié à

Bien-être/préventif

Maternité

Oncologie

Dentaire

Opticiens (corriger la vue/vision)

Date à laquelle les premiers symptômes ont été remarqués par le/la patient(e)

J J M M A A A A

Quand le/la patient(e) a-t-il/elle consulté un médecin pour la première fois ?

J J M M A A A A

Détails du traitement reçu, opérations et médicaments inclus

Informations sur le praticien médical

Nom

Qualifications

Nom de l'établissement médical

Adresse

E-mail

Téléphone : (Indiquez votre indicatif national, votre indicatif régional et votre numéro)

Détails de l'admission à l'hôpital (le cas échéant) :

Date d'admission

J J M M A A A A

Date de sortie

J J M M A A A A

Nom de l'hôpital

Adresse

E-mail

Téléphone : (Indiquez votre indicatif national, votre indicatif régional et votre numéro)

Signature du praticien médical

Date

J J M M A A A A

Nom en majuscules

3 Indemnité pour traitement avec hospitalisation

L'hôpital doit compléter cette section si vous avez été hospitalisé(e) gratuitement et si votre régime d'assurance comprend une indemnité pour traitement avec hospitalisation.

Je confirme que
a été hospitalisé(e) du au
et que l'hôpital n'a pas facturé de frais d'hospitalisation.

L'hôpital doit tamponner le présent formulaire ici :

4 Informations sur le remboursement

Informations importantes

Nous pouvons rembourser dans plus de 80 devises. Dans les rares cas où nous ne pouvons pas vous rembourser dans la devise souhaitée, nous vous rembourserons dans la devise de vos cotisations.

Qui voulez-vous que nous payions ? (cochez une seule réponse)

Médecin	Hôpital/ clinique	Patient(e)/Membre (join-dre une preuve de paie-ment)	Groupe (si plan d'entreprise)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Veillez compléter soit la section A, soit la section B, notez que le remboursement ne peut être effectué que par ces modes de paiement.

Section A - Remboursement par virement électronique sur un compte bancaire

Nom de la banque	
Code SWIFT / BIC*	
Code guichet (Royaume-Uni uniquement)	-
Numéro de compte	
IBAN	
Nom du compte/bénéficiaire	
Devise du virement	
Adresse de la banque	
Code postal	
Pays	

Pour traiter votre paiement aussi rapidement et en toute sécurité que possible, nous vous recommandons vivement cette option. Veuillez fournir à la fois votre numéro IBAN et le code SWIFT de votre agence bancaire. Votre banque pourra vous fournir ces informations si nécessaire.

Nous recommandons que les virements bancaires soient opérés dans la devise de votre compte. Si vous nous avez demandé de rembourser le fournisseur des soins, une franchise annuelle s'applique à votre couverture. Celle-ci sera directement recouvrée via votre carte de crédit ou de débit. Nous demanderons à notre banque de nous facturer les frais administratifs liés au virement électronique, mais nous ne pouvons pas vous garantir que ces frais nous seront bel et bien facturés. Dans le cas où votre banque locale prélève des frais pour un virement électronique, nous chercherons à vous les rembourser.

Si nous ne pouvons pas vous rembourser directement sur un compte bancaire ou si nous ne connaissons pas les coordonnées de votre compte, nous vous rembourserons par chèque. Nous nous réservons le droit de transmettre toute prestation due aux personnes concernées (par exemple, aux exécuteurs testamentaires d'une personne décédée ou à la personne à charge, au titre de votre affiliation, ayant réglé la facture).

Section B - Remboursement par chèque

Dans quelle devise souhaitez-vous que le chèque soit libellé ? (Veillez cocher une seule option)

Devise de vos factures Devise de vos cotisations Devise de votre compte bancaire

Veuillez préciser :

Les chèques à l'ordre d'affiliés sont envoyés par la poste à l'adresse de correspondance indiquée à la première page.

Dernière mise à jour : Mars 2022

Nous nous engageons à protéger votre vie privée lors du traitement de vos informations personnelles. Le présent Avis de confidentialité donne un aperçu des informations que nous recueillons à votre sujet et de la façon dont nous les utilisons et les protégeons. Il fournit également des informations sur vos droits. Les informations que nous traitons à votre sujet, et les raisons pour lesquelles nous les traitons, dépendent des produits et services que vous utilisez. Pour plus de détails, veuillez consulter notre Avis de confidentialité complet disponible à l'adresse suivante : www.bupaglobal.com/privacypolicy. Si vous n'avez pas accès à Internet et souhaitez obtenir une copie papier de l'Avis de confidentialité complet, ou si vous avez des questions concernant notre manière de gérer vos informations, veuillez contacter le service clientèle de Bupa Global au +44 (0)1273 323 563. Vous pouvez également envoyer un e-mail à info@bupaglobal.com ou écrire à l'adresse suivante : Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton BN1 4FY, Royaume-Uni.

Informations à propos de Bupa Global

Dans cet avis de confidentialité, les termes « nous », « notre » et « nos » désignent les sociétés Bupa agissant sous le nom de Bupa Global. Pour obtenir les coordonnées de ces entreprises, visitez www.bupaglobal.com/legal-notice

Les entreprises Bupa qui traitent vos informations dépendront des produits et des services que vous nous demandez, achetez ou utilisez. En ce qui concerne nos polices d'assurance, vos informations seront traitées par l'assureur et le principal administrateur de votre police, qui sont susceptibles de les partager avec d'autres entreprises Bupa, comme défini dans la section « Partage de vos informations ». Veuillez vous référer aux documents de votre police d'assurance pour la confirmation de l'assureur et du principal administrateur.

1 Ce que couvre le présent Avis de confidentialité

Cet Avis de confidentialité s'applique à toute personne qui interagit avec nous en relation avec nos produits et services (« vous », « votre »), par n'importe quel moyen (par exemple, e-mail, site Web, téléphone, application, etc.).

2 Comment nous collectons vos informations personnelles

Nous recueillons des informations personnelles auprès de vous et certaines autres organisations (p. ex. celles qui agissent en votre nom, comme les courtiers, les prestataires de soins de santé, etc.). Si vous nous fournissez des informations sur d'autres personnes, vous devez vous assurer qu'elles ont vu une copie de cet Avis de confidentialité et ne voient pas d'inconvénient à ce que vous communiquiez leurs informations.

3 Catégories d'informations personnelles

Nous traitons les catégories d'informations personnelles suivantes vous concernant et, le cas échéant, concernant vos personnes à charge. Il s'agit des informations personnelles standard (par exemple les informations que nous utilisons pour vous contacter, vous identifier ou gérer notre relation avec vous), des catégories spéciales d'informations (par exemple les informations sur la santé, les informations sur la race, l'origine ethnique et la religion qui nous permettent d'adapter vos soins), et des informations sur toute condamnation et infraction pénale (nous pouvons obtenir ces informations lors de contrôles anti-fraude ou anti-blanchiment d'argent ou d'autres activités de vérification des antécédents).

4 Pourquoi utilisons-nous vos informations personnelles et nos raisons juridiques pour le faire

Nous traitons vos informations personnelles aux fins énoncées dans notre Avis de confidentialité complet, y compris pour gérer notre relation avec vous (y compris pour le traitement des demandes de remboursement et des réclamations), pour la recherche et l'analyse, pour surveiller nos attentes de rendement (y compris celles des prestataires de soins de santé qui vous concernent) et pour protéger nos droits, notre propriété ou notre sécurité, ou celle de nos clients ou d'autres personnes. Le fondement juridique sur lequel nous traitons les informations personnelles dépend de la catégorie d'informations personnelles que nous traitons. Nous traitons normalement les informations personnelles standard sur la base qu'elles sont nécessaires à l'exécution d'un contrat, pour nos intérêts légitimes ou ceux d'autres personnes ou qu'elles sont nécessaires ou autorisées par la loi. Nous traitons des catégories particulières d'informations parce qu'elles sont nécessaires à des fins d'assurance, parce que nous avons votre autorisation ou parce qu'elles sont décrites dans notre Avis de confidentialité complet. Nous pouvons traiter des informations sur vos condamnations pénales et vos infractions (le cas échéant) si cela est nécessaire pour prévenir ou détecter une infraction.

5 Profilage et prise de décision automatisée

Comme beaucoup d'entreprises, nous utilisons parfois l'automatisation pour vous fournir un service plus rapide, meilleur, plus cohérent et plus juste, ainsi que des informations marketing qui pourraient vous intéresser (y compris des rabais sur nos produits et services). Il peut s'agir d'évaluer des renseignements à votre sujet et, dans certains cas, d'utiliser la technologie pour vous fournir des réponses ou des décisions automatiques. Vous pouvez en savoir plus à ce sujet dans notre Avis de confidentialité complet. Vous avez le droit de vous opposer au marketing direct et au profilage dans le cadre du marketing direct. Vous pouvez également avoir le droit de vous opposer à d'autres types de profilage et de prise de décision automatisée.

6 Partage de vos informations

Nous partageons vos informations au sein du groupe d'entreprises Bupa, avec les preneurs d'assurance concernés (y compris votre employeur si vous êtes couvert par un plan collectif), avec les bailleurs de fonds qui organisent des services en votre nom, ceux qui agissent en votre nom (par exemple, les courtiers et autres intermédiaires) et avec d'autres personnes qui nous aident à vous fournir des services (par exemple, les prestataires de soins de santé) ou auprès desquelles nous avons besoin d'informations pour traiter ou vérifier les demandes de remboursement ou les droits (par exemple, les associations professionnelles). Nous partageons également vos informations conformément à la législation en vigueur. Vous pouvez en savoir plus sur les informations qui peuvent être partagées et dans quelles circonstances dans notre Avis de confidentialité complet.

7 Transferts internationaux

Nous travaillons avec des entreprises avec lesquelles nous établissons des partenariats, ou qui nous fournissent des services (comme des prestataires de santé, d'autres entreprises Bupa et des prestataires informatiques) qui sont situées dans, ou qui opèrent leurs services depuis, des pays du monde entier. En conséquence, nous transférons vos informations personnelles vers différents pays y compris des transferts de l'intérieur du Royaume-Uni vers l'extérieur du Royaume-Uni, et depuis l'intérieur de l'EEE (les États membres de l'UE plus la Norvège, le Liechtenstein et l'Islande) vers l'extérieur de l'UE, aux fins énoncées dans le présent Avis de confidentialité. Nous prenons des mesures pour nous assurer que, lorsque nous transférons vos informations personnelles dans un autre pays, une protection appropriée est en place, conformément aux lois mondiales sur la protection des données.

8 Pendant combien de temps nous conservons vos informations personnelles

Nous conservons vos informations personnelles en fonction des périodes de travail en utilisant les critères indiqués dans l'Avis de confidentialité complet.

9 Vos droits

Vous avez le droit d'accéder à vos informations et de nous demander de rectifier, effacer et restreindre l'utilisation de vos informations. Vous avez également le droit de vous opposer à l'utilisation de vos informations, de demander le transfert des informations que vous avez mises à notre disposition, de retirer votre permission à l'utilisation de vos informations et de ne pas être soumis à une prise de décision automatisée qui produit des effets juridiques vous concernant ou qui vous affecte de manière significative. Veuillez nous contacter si vous souhaitez exercer l'un de vos droits.

10 Contacts pour la protection des données

Si vous avez des questions, des commentaires, des réclamations ou des suggestions concernant cet avis, ou toute autre préoccupation concernant la façon dont nous traitons les informations vous concernant, veuillez nous contacter à l'adresse info@bupaglobal.com

Vous pouvez également utiliser cette adresse pour contacter notre délégué à la protection des données. Nous sommes réglementés par le Commissaire à la protection des données (www.dataprotection.ie) qui peut être contacté au 21 Fitzwilliam Square South, Dublin 2, D02 RD28, Irlande. Tél +353 (0)761 104 800 ou +353 (0)57 868 4800. Vous avez le droit de faire une réclamation auprès d'eux ou auprès de votre autorité locale de contrôle de la confidentialité.

8 Déclaration

Informations importantes - à compléter par le patient

Je confirme que les informations que j'ai fournies sur le présent formulaire sont, à ma connaissance, exactes et correctes.

Je confirme que je consens explicitement, dans les limites des dispositions de la loi britannique sur la protection des données de 1998, au traitement de mes informations personnelles dans le cadre de la présente déclaration.

Signature du patient (patient ou tuteur si le patient est âgé de moins de 16 ans)

Nom en majuscules

Date

J J M M A A A A

Pour toute question concernant votre déclaration, veuillez vous connecter au site www.bupaglobal.com/membersworld ou contacter notre équipe du service clientèle aux coordonnées suivantes :

- Téléphone : +44 (0) 1273 323 563
- E-mail : info@bupaglobal.com

Le courrier électronique est une méthode de communication pratique et rapide, mais nous ne pouvons pas toujours en garantir la sécurité. Il est à noter que certaines sociétés et certains pays surveillent le courrier électronique en circulation. Veuillez en tenir compte lorsque vous décidez de recourir à cette méthode de communication.

Veuillez vous reporter à votre certificat d'affiliation en ce qui concerne les informations sur votre assureur.

Liste de contrôle des demandes de remboursement

Please review the following checklist and ensure that the information and supporting documents are provided, where applicable:

- Documents clairs, lisibles et non noircis (les reçus pho-tocopiés ne doivent pas masquer les détails, écriture claire, etc.)
- Symptômes et/ou diagnostic, quand ceci a été établi, avec la date d'apparition
- Demandes de remboursement d'ordonnance de frais de pharmacie et d'optique
- Facture détaillée finale comprenant les dates de traitement, la description et le coût de chaque service fourni (veuillez noter que nous ne pouvons pas accepter les factures intermédiaires ou estimatives)
- Rapport médical/de décharge, pour un traitement avec hospitalisation et des procédures chirurgicales
- Preuve de paiement pour les demandes payées par les adhérent(e)s/groupes/entreprises
- Signature, nom et date prévus pour la Déclaration médicale

Veuillez noter qu'il se peut que nous devions demander des informations supplémentaires pour compléter l'évaluation de votre demande de remboursement. Dans ce cas, nous vous contacterons par e-mail pour détailler les informations requises. Si les informations sont requises directement de votre part, vous pourrez également voir une liste des informations requises et vous pourrez les envoyer par le biais de votre compte MembersWorld.

Adhérent(e)s: vous pourrez suivre l'évolution de votre demande sur notre site web MembersWorld (<https://membersworld.bupaglobal.com>)

Notes

Notes