

Informations importantes

Pour traitement plus rapide de votre demande, connectez-vous simplement à votre compte Membersworld, et soit remplir une version électronique de ce formulaire de réclamation, ou complète la champs obligatoires figurant dans la section soumettre une réclamation. Alternativement, vous pouvez retourner ce formulaire accompagné des factures originales ou par la poste à : **Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton, BN1 4FY, UK.**

Pour éviter tout retard avec le traitement de votre demande, veuillez remplir toutes les sections du formulaire de réclamation clairement. La forme doit nous être retournée dans les 2 ans la date de traitement initial. **Veuillez écrire clairement en encre noire et en majuscules.**

Veuillez compléter un formulaire différent / séparé pour :

- chaque patient
- chaque traitement avec hospitalisation / traitement ambulatoire
- chaque état médical
- chaque devise

Avant de soumettre la demande de remboursement, veuillez vous référer à la liste de contrôle figurant à la fin du formulaire.

1 Informations sur le patient

(à compléter par la personne recevant le traitement)

Numéro d'affiliation du patient :

BI - - -

Nom du groupe (le cas échéant) :

Civilité :

Prénom :

Nom de famille :

Autres noms :

Date de naissance:

Âge lors du dernier anniversaire :

Adresse de correspondance :

Bâtiment :

Rue :

Ville :

Code postal :

B.P. :

Région :

Pays :

E-mail :

Téléphone :

Veuillez noter que toute future correspondance sera envoyée à cette adresse. Vous pouvez mettre à jour vos coordonnées à tout moment en consultant MembersWorld (<https://membersworld.bupaglobal.com>).

Si vous nous envoyez votre demande, souhaitez-vous un accusé de réception par courrier électronique pour confirmer la réception de votre demande

Oui Non

Si oui à un email, veuillez écrire votre adresse emailclairement ici

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 mé-dical, par ex. vos symptômes et diagnostic s'ils sont connus :

Est le traitement lié à :	Bien-être/préventif <input type="radio"/>	Maternité <input type="radio"/>	Oncologie <input type="radio"/>	Dentaire <input type="radio"/>
---------------------------	---	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Date à laquelle les premiers symptômes ont été remar-qués 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 :																					
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 medical

Nom en majuscules																						Date :	J	J	M	M	A	A	A	A
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	---	---	---	---	---	---	---	---

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 Détails de paiement

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

Section A - Remboursement par virement électronique sur un compte bancaire

Nom de la banque :	
Code SWIFT / BIC* :	
Code guichet (Royaume-Uni uniquement):	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
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).

7 Avis de confidentialité

Nous nous engageons à protéger votre vie privée lorsque nous traitons 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. 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, veuillez contacter le service clientèle de Bupa Global au +44 (0)1273 323 563. Vous pouvez également envoyer un e-mail à l'équipe à info@bupaglobal.com ou un courrier à Bupa Global, Victory House, Trafalgar Place, Brighton BN1 4FY, Royaume-Uni. Si vous avez des questions sur la façon dont nous traitons vos informations, veuillez nous contacter à info@bupaglobal.com

Informations à propos de Bupa Global

Dans cet Avis de confidentialité, les références à « nous », « notre » ou « nos » sont des références à Bupa Global. Pour obtenir les coordonnées de l'entreprise, visitez www.bupaglobal.com/legal-notice

1 Portée de notre 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 canal (par exemple, e-mail, site Web, téléphone, application, etc.).

2 Moyens par lesquels nous obtenons des informations personnelles

Nous obtenons des informations personnelles de vous et de certains tiers (p. ex. ceux qui agissent en votre nom, comme les courtiers, les prestataires de soins de santé, etc.). Lorsque 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 qu'elles donnent leur accord pour que vous transmettiez leurs informations.

3 Catégories d'informations personnelles

Nous traitons deux catégories d'informations personnelles vous concernant et/ou, le cas échéant, vos personnes à charge, à savoir les informations personnelles standard (par exemple, les informations que nous utilisons pour vous contacter, vous identifier ou gérer notre relation avec vous) ; et des catégories spéciales d'informations (par exemple, les informations sur la santé, la race, l'origine ethnique et la religion qui nous permettent d'adapter vos soins, et les informations sur la criminalité en rapport avec le dépistage).

4 Buts et motifs légitimes de notre traitement des informations personnelles

Nous traitons vos informations personnelles aux fins énoncées dans notre Avis de confidentialité complet, y compris pour administrer 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 les droits, la propriété ou la sécurité de Bupa Global, 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. Les informations personnelles standard sont normalement traitées par nous sur la base du fait qu'elles sont nécessaires à l'exécution d'un contrat, à nos intérêts légitimes ou à ceux d'un tiers, ou qu'elles sont requises ou autorisées par la loi applicable.

5 Traitement pour le profilage et la 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 nous semblent intéressantes (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. De plus amples détails sont disponibles dans notre Avis de confidentialité complet.

6 Partage de vos informations

Nous partageons vos informations au sein du groupe 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 commandent 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 loi.

7 Transferts en dehors de l'Espace économique européen (EEE)

Bupa Global traite avec de nombreuses organisations internationales et utilise des systèmes d'information mondiaux. En conséquence, Bupa Global transfère vos informations personnelles vers des pays en dehors de l'Espace économique européen (« EEE »), c'est-à-dire les États membres de l'UE et la Norvège, le Liechtenstein et l'Islande, aux fins énoncées dans le présent Avis de confidentialité.

8 Pendant combien de temps nous conservons vos informations personnelles

Bupa Global conserve vos informations personnelles conformément aux règles de conservation calculées selon les critères détaillés dans l'Avis de confidentialité complet disponible sur notre site Web.

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 nous avez mises à notre disposition, de retirer votre consentement 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.

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)

Date

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

● Fax : +44 (0) 1273 820 517

● 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

- Documents clairs, lisibles et non noircis (les reçus pho-tocopiés ne doivent pas masquer les détails, écriture claire, etc.)
- Symptômes et/ou diagnostic
- 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)
- Instructions de paiement complètes, y compris la monnaie de paiement
- 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

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

NOTES

