

2 Informations médicales

(dans la mesure du possible, toutes les sections doivent être remplies par le médecin responsable du traitement du patient, sinon il doit être rempli par le patient)

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 ou de la visite chez le médecin, par exemple vos symptômes et diagnostic s'ils sont connus

Est le traitement lié à

Bien-être ou
prévention

Maternité

Oncology

Oncologie

Dentaire

Opticiens
(corriger la vue/vision)

Pré- ou post-
hospitalisation

Quand les symptômes ont-ils commencé

J J M M A A A A

Date de première consultation par un médecin

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

Email

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

Date de la chirurgie

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

Date

J J M M A A A A

Nom en majuscules

3 Indemnité pour traitement avec hospitalisation

L'hôpital devrait remplir cette section s'il n'y a pas eu de frais d'admission pour la nuit et que votre plan santé comprend une prestation en espèces.

Je confirme que.....
a été hospitalisé(e) du to
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

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

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

Remplissez la section A à payer par virement bancaire ou la section B à payer par chèque

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 le plus rapidement et en toute sécurité, nous recommandons fortement cette option comme moyen de paiement préféré. Veuillez fournir le code IBAN et le code SWIFT de votre agence bancaire. Votre banque pourra vous fournir ces informations si besoin est.**

Nous recommandons que les virements bancaires soient effectués dans la devise de votre compte bancaire. Voici comment nous traitons les co-assurances et les franchises pour les demandes de remboursement :

- Si nous vous payons, nous paierons votre demande de remboursement moins le montant de la franchise ou de la co-assurance que vous avez sur votre police.
- Si nous payons le prestataire, nous vous déduisons le montant de la franchise ou de la co-assurance en utilisant votre carte de débit ou de crédit.
- Si vous êtes membre d'un régime d'entreprise, nous paierons le prestataire médical pour la demande de remboursement moins le montant de franchise ou de co-assurance que vous avez sur votre police. Vous êtes responsable de payer tout montant impayé au prestataire après que nous ayons évalué et payé la demande de remboursement.

Pour savoir si vous avez une co-assurance ou une franchise, veuillez vérifier votre certificat d'assurance. Pour en savoir plus sur le fonctionnement des co-assurances et des franchises, veuillez consulter votre guide de membre.

Section B - Remboursement par chèque

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

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

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

5 Third party insurers

Certains des coûts peuvent-ils être récupérés auprès de quelqu'un d'autre (par exemple, un autre assureur ou une personne / organisation impliquée dans l'accident ?) : O N

Si oui, veuillez fournir leurs coordonnées :

Nom	
Adresse	
E-mail	
Téléphone	

6 Votre consentement concernant la demande d'un rapport médical

Informations importantes

Afin de traiter votre demande de remboursement, nous pouvons avoir besoin d'un rapport médical établi par l'un des médecins que vous avez consultés. Pour le demander, nous avons besoin que vous nous donniez votre permission en signant la déclaration ci-dessous.

Veuillez lire attentivement cette section, vous avez certains droits protégés par la loi britannique décrite ci-dessous.

Si vous recevez un traitement au Royaume-Uni, vous avez trois options.

1. Vous pouvez donner votre permission sans demander à voir le rapport du médecin avant qu'il ne nous soit envoyé. Le rapport nous sera alors envoyé directement par le médecin.
2. Vous pouvez donner votre permission mais demander à voir tout rapport avant qu'il ne nous soit envoyé. Dans ce cas, vous aurez 21 jours, après que nous vous aurons avisé, pour contacter votre médecin afin de prendre des dispositions pour voir le rapport. Si vous ne contactez pas le médecin dans les 21 jours, il aura le droit de nous envoyer le rapport. Si toutefois vous contactez votre médecin pour voir le rapport, vous devez donner votre permission par écrit au médecin avant qu'il puisse nous le communiquer. Vous pouvez demander à votre médecin de modifier le rapport si vous pensez qu'il est trompeur. Si votre médecin refuse, vous pouvez insister pour ajouter vos propres commentaires au rapport avant qu'il ne nous soit envoyé. Si vous donnez votre permission à ce que nous obtenions un rapport sans indiquer que vous souhaitez le voir, vous pouvez changer d'avis en communiquant avec votre médecin avant que le rapport ne nous soit envoyé. Vous aurez la possibilité de voir le rapport et de demander au médecin de le modifier ou d'ajouter vos commentaires avant qu'il ne nous soit envoyé ou de refuser votre permission pour sa publication.
3. Vous pouvez ne pas donner votre permission, dans ce cas, sachez que nous pouvons refuser votre demande de remboursement.

Que vous indiquiez ou non que vous souhaitez consulter le rapport avant son envoi, vous avez le droit de demander à votre médecin de vous permettre d'en consulter une copie, dans les six mois qui suivent l'envoi du rapport.

Votre médecin a le droit de supprimer tout ou une partie des informations contenues dans le rapport s'il pense (a) qu'elles pourraient vous nuire ou (b) indiquer ses intentions envers vous ou (c) révéler l'identité d'une autre personne sans sa permission (personne autre qu'un professionnel de santé dans sa capacité professionnelle liée à vos soins). Votre médecin peut également facturer ses services de façon raisonnable.

Je soussigné(e) autorise et demande à tout hôpital, médecin généraliste ou spécialiste ou autre prestataire de santé de fournir à Bupa ou à son représentant dûment autorisé agissant au nom de Bupa les informations que Bupa ou ce représentant peut lui demander en rapport avec tout traitement ou service qui m'a été prodigué, à moi ou à une de mes personnes à charge, dans le but que Bupa évalue cette demande de remboursement.

Si vous recevez un traitement au Royaume-Uni, en signant ce formulaire, vous confirmez que :

J'ai été informé(e) de mes droits dans le cadre de la loi d'accès aux rapports médicaux de 1988 et de l'ordre d'accès aux dossiers personnels et rapports médicaux (NI) de 1991.

Si vous avez bénéficié d'un traitement au Royaume-Uni, veuillez nous faire savoir si vous souhaitez voir une copie du rapport médical avant qu'il ne soit envoyé à Bupa :

Je souhaite consulter un exemplaire du rapport médical avant qu'il ne soit envoyé à Bupa.

Je NE souhaite PAS consulter un exemplaire du rapport médical avant qu'il ne soit envoyé à Bupa.

7 Avis de confidentialité

Dernière mise à jour : septembre 2023

Nous nous engageons à protéger la confidentialité de vos données 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, rendez-vous sur le site 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 d'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 nous 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 nous utilisons vos informations personnelles et les raisons juridiques le justifiant

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 titulaires de la police concernés (y compris votre employeur si vous êtes couvert(e) 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(e) 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 de 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.

Vous avez également le droit de déposer une réclamation auprès de votre autorité locale de surveillance de la confidentialité de vos données. Notre siège social se situe au Royaume-Uni, où l'autorité de surveillance locale est l'Information Commissioner's Office (www.ico.org.uk) qui peut être contactée à l'adresse suivante : Wycliffe House, Water Lane, Wilmslow, Cheshire SK9 5AF, Royaume-Uni. Tél. : 0303 123 1113 (tarif local) ou 01625 545 745 (tarif national).

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

J	J	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Nom en majuscules

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

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

Liste de contrôle des demandes de remboursement

Veuillez consulter la liste de contrôle suivante et vous assurer de fournir les renseignements et les documents justificatifs, le cas échéant :

- Documents clairs, lisibles et non noircis (les reçus photocopiés 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
- Instructions de paiement complètes, y compris la monnaie de paiement
- Preuve de paiement pour les demandes de remboursement payés par le titulaire de la police, le groupe ou la compagnie
- Signature, nom et date prévus pour la déclaration ci-dessus

Nous vous enverrons un e-mail si nous avons besoin de plus d'information pour terminer l'évaluation de votre demande de remboursement. Vous pouvez également suivre l'avancement de l'évaluation en ligne dans votre compte MembersWorld.