



Servicio médico ISIC-GAPI :
03.74.45.43.01
medical@gapigestion.com

Del lunes al viernes i
de 9h hasta 12h30 y de 13h30 hasta 18h

SOLICITUD DE REEMBOLSO

Complete todas las secciones de este formulario y adjunte **las facturas originales pagadas y formularios de gastos médicos** así como **prescripciones e informes médicos**. También deberá adjuntar un certificado de seguro que nos permita identificar correctamente su contrato y su **certificado de identidad bancaria.(SEPA)**. Llamamos su atención sobre el hecho que el certificado de identidad bancaria debe estar a su nombre. Si es a nombre de un tercero, será imprescindible adjuntar un poder escrito de usted y una fotocopia de su documento de identidad y el del titular de la cuenta del tercero. Si sus gastos superan los 500 €, le agradecemos de antemano que nos envíe los originales (tome la precaución de hacer fotocopias de documentos) en:

GAPI-GESTION - Servicio médico ISIC
Zone d'Activité ACTIBURO
99 Rue Parmentier 59 650 Villeneuve d'Ascq – France

Referencia de suscripción:

Apellido: Nombre:

Dirección:

Teléfono: E-mail:

La atención médica recibida está relacionada con :

Apertura de un expediente con el Asistente : Si hay un expediente abierto, escribe el N° :

Enfermedad / Accidente : Circunstancias (fecha, lugar, detalles de los síntomas), Diagnóstico (patología) y fecha :

Fecha de los primeros síntomas:

Antecedentes médicos y quirúrgicos relacionada directa o indirectamente con la afección en cuestión :

Detalles de las facturas :

	Fecha de gastos médicos	El importe en moneda del país	La naturaleza de la asistencia sanitaria	Comentarios
1				
2				
3				
4				
5				
6				

- Para cualquier solicitud de asistencia o una solicitud de tomar a cargo para una hospitalización, contactad con Mutuaide Assistance (24h/24 et 7j/7)
- Para cualquier solicitud de reembolso de gastos para servicios ambulatorios, contactad con ISIC GAPI al 33.3.74.45.43.01 y por correo : medical@gapigestion.com

Renuncio a los procedimientos de reembolso con las diversas organismos de salud a las que puedo estar afiliado y doy un derecho de subrogación a GAPI para exigir un recurso contra ellos.

Fecha:

Firma, precedida por la mención : "Certifico en el honor la exactitud de la información transmitida":

Firma y sello del doctor :