

ILO - ITU STAFF HEALTH INSURANCE FUND - CLAIM FOR REIMBURSEMENT
BIT - UIT CAISSE D'ASSURANCE POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ DU PERSONNEL - DEMANDE DE REMBOURSEMENT

PLEASE READ CAREFULLY THE INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OVERLEAF
 PRIÈRE DE LIRE ATTENTIVEMENT LES INSTRUCTIONS AU VERSO POUR REMPLIR CETTE DEMANDE

Full name of patient: - <i>Nom du patient:</i>		Relationship: <i>Lien de parenté:</i>		HQ		
Surname: <i>Nom:</i>		First name: <i>Prénom:</i>		Pens.		
				Expert		
				Local		
				Turin		
Full name of insured person: - <i>Nom de l'assuré:</i>			Personal number <i>Numéro personnel</i>		Family suffix <i>Code de famille</i>	
Surname: <i>Nom:</i>			First name: <i>Prénom:</i>		0	
Leave blank - <i>Laisser en blanc</i>						
Code	Bills attached for: <i>Factures annexées:</i>	Year <i>Année</i>	Currency Code <i>Monnaie</i>	Amount paid <i>Montant payé</i>	Hosp. Days	
1 1	Doctor's services / <i>Honoraires de médecins</i>					
1 1						
1 2	Surgical operations / <i>Opérations chirurgicales</i>					
1 3	Medical imagery / <i>Imagerie médicale</i>					
1 4	Laboratory services / <i>Examens de laboratoire</i>					
1 4						
1 5	Functional rehabilitation / <i>Réhabilitation fonctionnelle</i>					
1 6	Out-patient medical nursing services / <i>Soins infirmiers ambulatoires</i>					
1 7	Psychiatry, psychoanalysis or psychotherapy / <i>Psychiatrie, psychanalyse ou psychothérapie</i>					
2 1	Stays in a public institution / <i>Frais de séjour dans un établissement public</i>					
2 2	Accommodation in hospital or clinic / <i>Frais de séjour en hôpital ou en clinique</i>					
2 3	Stays, convalescence / <i>Séjours, convalescence</i>					
2 4	Stays, cures / <i>Séjours, cures</i>					
2 5	Long-term nursing services in an institution / <i>Soins infirmiers de longue durée en établissement</i>					
2 6	Long-term nursing services at home / <i>Soins infirmiers de longue durée à domicile</i>					
2 7	Medical care in an institution / <i>Soins médicaux dans un établissement</i>					
2 7						
3	Prescribed medicaments / <i>Médicaments prescrits</i>					
3						
3						
4	Dental care / <i>Soins dentaires</i>					
4						
5 1	Optical appliances <i>Appareils optiques</i>	Lenses, contact lenses <i>Verres, lentilles de contact</i>				
5 1						
5 1		Frames <i>Montures</i>				
5 1						
5 2	Hearing aids / <i>Appareils auditifs</i>					
5 3	Prosthetic appliances (except dentures) / <i>Prothèses (sauf dentiers)</i>					
5 4	Wheelchairs / <i>Chaises roulantes</i>					
5 5	Other medical appliances / <i>Autres appareils médicaux</i>					
6 1	Transport in case of emergency / <i>Transport en cas d'urgence</i>					
6 2	Transfer from one institution to another / <i>Transfert entre établissements</i>					
6 3	Medical travel / <i>Voyage médical</i>					
7	Funeral costs / <i>Frais funéraires</i>					

SHIF is asked to act as:
 primary/only insurance
 secondary insurance
 This claim arises from:
 sickness (+ maternity)
 accident
 service incurred?
 third party liable?

La CAPS doit agir comme:
première assurance
deuxième assurance
Cette demande provient de
maladie (+ maternité)
accident
imputable au service?
tiers responsable?

I confirm that the amounts in respect of which benefit is claimed are payable in full, and that full information has been provided on any discounts and on any payments received or expected to be received from other sources.

Je déclare que les montants des factures sur lesquelles portent les sommes réclamées sont payables en totalité et que j'ai fourni tous les renseignements concernant des rabais ou des paiements reçus ou à recevoir d'autres sources.

Date

Signature

ILO - ITU STAFF HEALTH INSURANCE FUND - CLAIM FOR REIMBURSEMENT
BIT - UIT CAISSE D'ASSURANCE POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ DU PERSONNEL - DEMANDE DE REMBOURSEMENT

PLEASE READ CAREFULLY THE INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OVERLEAF
 PRIÈRE DE LIRE ATTENTIVEMENT LES INSTRUCTIONS AU VERSO POUR REMPLIR CETTE DEMANDE

Full name of patient: - <i>Nom du patient:</i>		Relationship: <i>Lien de parenté:</i>		HQ	
Surname: <i>Nom:</i>		First name: <i>Prénom:</i>		Pens.	
				Expert	
				Local	
				Turin	
Full name of insured person: - <i>Nom de l'assuré:</i>			Personal number <i>Numéro personnel</i>	Family suffix <i>Code de famille</i>	
Surname: <i>Nom:</i>			0		
First name: <i>Prénom:</i>			Leave blank - <i>Laisser en blanc</i>		
Code	Bills attached for: <i>Factures annexées:</i>	Year <i>Année</i>	Currency Code <i>Monnaie</i>	Amount paid <i>Montant payé</i>	Hosp. Days
1 1	Doctor's services / <i>Honoraires de médecins</i>				
1 1					
1 2	Surgical operations / <i>Opérations chirurgicales</i>				
1 3	Medical imagery / <i>Imagerie médicale</i>				
1 4	Laboratory services / <i>Examens de laboratoire</i>				
1 4					
1 5	Functional rehabilitation / <i>Réhabilitation fonctionnelle</i>				
1 6	Out-patient medical nursing services / <i>Soins infirmiers ambulatoires</i>				
1 7	Psychiatry, psychoanalysis or psychotherapy / <i>Psychiatrie, psychanalyse ou psychothérapie</i>				
2 1	Stays in a public institution / <i>Frais de séjour dans un établissement public</i>				
2 2	Accommodation in hospital or clinic / <i>Frais de séjour en hôpital ou en clinique</i>				
2 3	Stays, convalescence / <i>Séjours, convalescence</i>				
2 4	Stays, cures / <i>Séjours, cures</i>				
2 5	Long-term nursing services in an institution / <i>Soins infirmiers de longue durée en établissement</i>				
2 6	Long-term nursing services at home / <i>Soins infirmiers de longue durée à domicile</i>				
2 7	Medical care in an institution / <i>Soins médicaux dans un établissement</i>				
2 7					
3	Prescribed medicaments / <i>Médicaments prescrits</i>				
3					
3					
4	Dental care / <i>Soins dentaires</i>				
4					
5 1	Optical appliances <i>Appareils optiques</i>	Lenses, contact lenses <i>Verres, lentilles de contact</i>			
5 1					
5 1		Frames <i>Montures</i>			
5 1					
5 2	Hearing aids / <i>Appareils auditifs</i>				
5 3	Prosthetic appliances (except dentures) / <i>Prothèses (sauf dentiers)</i>				
5 4	Wheelchairs / <i>Chaises roulantes</i>				
5 5	Other medical appliances / <i>Autres appareils médicaux</i>				
6 1	Transport in case of emergency / <i>Transport en cas d'urgence</i>				
6 2	Transfer from one institution to another / <i>Transfert entre établissements</i>				
6 3	Medical travel / <i>Voyage médical</i>				
7	Funeral costs / <i>Frais funéraires</i>				
SHIF is asked to act as: primary/only insurance <input type="checkbox"/>		La CAPS doit agir comme: première assurance		I confirm that the amounts in respect of which benefit is claimed are payable in full, and that full information has been provided on any discounts and on any payments received or expected to be received from other sources.	
secondary insurance <input type="checkbox"/>		deuxième assurance			
This claim arises from: sickness (+ maternity) <input type="checkbox"/>		Cette demande provient de maladie (+ maternité)		Je déclare que les montants des factures sur lesquelles portent les sommes réclamées sont payables en totalité et que j'ai fourni tous les renseignements concernant des rabais ou des paiements reçus ou à recevoir d'autres sources.	
accident <input type="checkbox"/>		accident			
service incurred? <input type="checkbox"/>		imputable au service?			
third party liable? <input type="checkbox"/>		tiers responsable?			
				Date	Signature

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING CLAIMS FOR REIMBURSEMENT

(use ballpoint pen and press firmly)

1. Attach original bills, prescriptions and receipts.
2. Proof of payment in respect of all bills should be enclosed.
3. Bills in languages other than English, French, German, Spanish or Italian should be accompanied by a translation.

USE A SEPARATE FORM FOR EACH PERSON ON BEHALF OF WHOM A REIMBURSEMENT CLAIM IS BEING SUBMITTED

UP TO THREE LINES ARE PROVIDED UNDER A MEDICAL CODE. THIS ENABLES YOU TO GROUP BILLS BY YEAR OF TREATMENT AND BY CURRENCY. ENTER THE TOTAL FOR EACH GROUP OF BILLS ON ONE LINE UNDER THE APPROPRIATE CODE.

CATEGORY OF EXPENSE: types of medical services are pre-printed in conformity with the provisions of the new Schedule of Benefits in force as from January 1, 2001. PLEASE NOTE ESPECIALLY THE FOLLOWING:

- FUNCTIONAL REHABILITATION TREATMENTS: include physiotherapy, kinesitherapy, osteopathy, etc., given to **non-hospitalized** patients.
- INSTITUTIONAL CARE: covers services provided to patient admitted to hospital or other residential institutions, as follows:
 - Code 2.1. PUBLIC WARD: use only for hospitalization in common (public) ward, in a public hospital, charging a **global price** for accommodation + care.
 - Code 2.2. ACCOMMODATION: board and lodging; exclude extras or medical care.
 - Code 2.7. MEDICAL CARE: all medical services provided to **hospitalized patients**, including X-rays, medication, surgical costs, etc., where these are shown as separate items on the hospital bill.
- TRANSPORT COSTS: include only costs of ambulance/other emergency transportation or medical travel **approved in advance**.

YOU SHOULD COMPLETE THE FOLLOWING ITEMS

- (a) YEAR: the year of **treatment**, or of **purchase** of medicament, e.g. 01, 02.
- (b) CURRENCY CODE: three digits corresponding to the currencies shown below. If your currency is not listed leave blank but write name of currency on the bill.

Swiss francs	441 CHF	Mexican pesos	238 MXN	Indian rupees	325 INR
Euro	401 EUR	Peruvian intis	244 PIN	CFA francs	109 XOF
US dollars	252 USD	Thai bahts	350 THB	Ethiopian birrs	123 ETB
Pounds sterling	444 GBP	Tunisian dinars	161 TND		

- (c) AMOUNT PAID: please use last two squares for decimals only (e.g.: centimes, pence, etc.) EXCEPT for currencies without decimals and currencies with three decimals (which should be coded to include the last two squares).

e.g.:	US dollars	25.00	<table border="1"><tr><td> </td><td>2</td><td>5</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>		2	5	0	0	Euro	70.23	<table border="1"><tr><td> </td><td>7</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td></tr></table>		7	0	2	3	
	2	5	0	0													
	7	0	2	3													
	Swiss francs	36.75	<table border="1"><tr><td> </td><td>3</td><td>6</td><td>7</td><td>5</td></tr></table>		3	6	7	5	Tunisian dinars	11,350	<table border="1"><tr><td> </td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>5</td><td>0</td></tr></table>		1	1	3	5	0
	3	6	7	5													
	1	1	3	5	0												

COMMENT REMPLIR CETTE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

(prière d'utiliser un stylo à bille en appuyant assez fortement)

1. Prière de joindre les originaux des factures, prescriptions et reçus.
2. Les preuves de paiement concernant toutes les factures doivent être jointes.
3. Les factures rédigées dans une autre langue que l'anglais, le français, l'espagnol, l'italien ou l'allemand doivent être accompagnées d'une traduction.

UTILISER UN FORMULAIRE PAR PERSONNE PROTÉGÉE POUR LAQUELLE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT EST SOUMISE

TROIS LIGNES AU MAXIMUM SONT DISPONIBLES POUR UNE RUBRIQUE MÉDICALE. CELA PERMET DE GROUPEZ LES FACTURES **PAR ANNÉE DE TRAITEMENT** ET PAR **MONNAIE**. INSCRIRE LE TOTAL DE CHAQUE GROUPE DE FACTURES SUR UNE LIGNE DANS LE CODE RESPECTIF.

CATÉGORIE DES FRAIS: les soins médicaux sont déjà répartis en diverses rubriques préimprimées aux termes du nouveau Barème des prestations en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2001. TOUTEFOIS IL CONVIENT DE NOTER SPÉCIALEMENT LES REMARQUES SUIVANTES:

- TRAITEMENTS DE RÉHABILITATION FONCTIONNELLE: tels que physiothérapie, kinésithérapie, ostéopathie, etc., s'ils ont été effectués **en dehors** d'une hospitalisation du patient.
- SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES: couvrent tous les soins donnés aux malades séjournant dans un hôpital ou dans toute autre maison de santé:
 - Code 2.1 SALLE COMMUNE: utiliser seulement en cas d'hospitalisation en salle commune (publique), dans un hôpital public, fixant un **coût global** (Prix forfaitaire pour séjour + soins).
 - Code 2.2. FRAIS DE SÉJOUR: pension complète, à l'exclusion des extras ou soins médicaux.
 - Code 2.7. SOINS MÉDICAUX: tous les soins donnés aux malades **hospitalisés**, notamment examens de laboratoire, radiologie, médicaments, frais chirurgicaux, etc., s'ils figurent séparément sur la facture.
- FRAIS DE TRANSPORT: inclure seulement les frais d'ambulance/autres transports d'urgence, ou les voyages médicaux **approuvés préalablement**.

RUBRIQUES SUIVANTES À COMPLÉTER

- (a) ANNÉE: année pendant laquelle le **traitement** ou l'**achat** du médicament a eu lieu, exemple: 01, 02.
- (b) CODE DE LA MONNAIE: inscrire les trois chiffres qui correspondent aux monnaies indiquées ci-dessous. Si la monnaie utilisée n'y figure pas, laisser en blanc mais indiquer le nom de cette monnaie sur la facture.

Franc suisse	441 CHF	Peso mexicain	238 MXN	Roupie indienne	325 INR
Euro	401 EUR	Inti péruvien	244 PIN	Franc CFA	109 XOF
Dollar E.-U.	252 USD	Baht thaïlandais	350 THB	Birr éthiopien	123 ETB
Livre sterling	444 GBP	Dinar tunisien	161 TND		

- (c) MONTANT PAYÉ: utiliser les deux dernières cases seulement pour les décimales (ex.: centimes, pence, etc.) SAUF pour les monnaies arrondies à l'unité, et pour les monnaies à millièmes (qui doivent être inscrites de manière à inclure les deux dernières cases).

Ex.:	Dollars E.-U.	25.00	<table border="1"><tr><td> </td><td>2</td><td>5</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>		2	5	0	0	Euros	70.23	<table border="1"><tr><td> </td><td>7</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td></tr></table>		7	0	2	3	
	2	5	0	0													
	7	0	2	3													
	Francs suisses	36.75	<table border="1"><tr><td> </td><td>3</td><td>6</td><td>7</td><td>5</td></tr></table>		3	6	7	5	Dinars tunisiens	11,350	<table border="1"><tr><td> </td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>5</td><td>0</td></tr></table>		1	1	3	5	0
	3	6	7	5													
	1	1	3	5	0												