



# sanitas

## FRAIS DE GUERISON

### Autodéclaration TCS – Traitement à l'étranger

Veuillez SVP remplir toutes les rubriques en caractères d'imprimerie et nous retourner ce formulaire dûment complété, daté et signé.

Membre TCS N°: 003.313.033  
Sinistre N°: 22.00.133.92

#### 1 Données personnelles du patient

Nom: BARBE  
Prénom: Jean-Christophe  
Rue, N°: du Eau 1/100 23  
NPA, Localité: 1207 Genève

Date de naissance: 28.06.66  
Tél: 076 395 62 12  
E-mail: jc.barbe@bluewin.ch

#### 1.1 Coordonnées bancaires ou postales

Nom / Prénom du titulaire du compte:  
Barbe Jean-Christophe

IBAN: CH21 0024 0240 7894 7340 C  
Nom de la banque/poste: UBS

#### 2 Motif du séjour à l'étranger

Départ de la Suisse (Date): 03.02.2022 Motif: ☒ Vacances ☐ Formation ☐ Voyage d'affaires

Dates du voyage: du 03.2.22 au 18.4.22

#### 3 Evénement

Pays de traitement: Thaïlande Période de traitement: du 08.04.2022 au 10.04.2022  
☒ Maladie ☐ Accident ☐ Maternité: Date d'accouchement prévue: \_\_\_\_\_  
Gynécologue traitant: \_\_\_\_\_

Description détaillée du traitement en cas de maladie/ déroulement de l'accident:

En me levant le matin, j'ai compris que je devais aller à l'hôpital de Genève. Les douleurs ressenties étaient insupportables et j'avais clairement un déficit\* insidieux depuis la nuit précédente par opposition à la veille \*peu marcher.

#### 4 Avez-vous été traité(e) en Suisse pour la même affection ?

Avant le séjour: ☒ Oui ☐ Non  
Si oui, ☒ ambulatoire ☐ stationnaire Hôpital/médecin (Nom et adresse):

\* HUG Genève (Dr. Voliquaj)  
\* Dr. Bindschedler Marc. (Genève)  
\* Dr. Curvace  
HUG Genève (Neurochirurgie)

Après le séjour: ☒ Oui ☐ Non  
Si oui, ☒ ambulatoire ☐ stationnaire Hôpital/médecin (Nom et adresse):

#### 5 Avez-vous contacté la centrale d'intervention du TCS ?

☒ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi ? \_\_\_\_\_

#### 6 Avez-vous utilisé/présenté la Carte européenne d'assurance maladie (entraide en matière de prestations avec les Etats membres de l'UE/AELE) ?

☒ Oui, remise au/a ☐ Médecin ☒ Hôpital ☐ un(e) autre service/personne: Service Ass. International  
☐ Non

Suite au verso →

\* Dr. Voliquaj de famille est le Dr. Bindschedler Marc à Genève

7 Les prestations ont-elles été prises en charge par une assurance sociale obligatoire (LAMal, LAA) ?  
☒ Si oui, laquelle ? Conseil d'ambulation Rep / Bangkok Hospital Som sui  
ambulatorie du 07.06.2022 remboursé par mon  
ass maladie  
☐ Non

8 Assurance de base : Groupe Mutuel N° de Police : 202 8523  
Assurance accidents : Groupe Mutuel N° de Police : \_\_\_\_\_

Assurance complémentaire : ☒ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles :

Nom, Adresse de l'assurance : Groupe Mutuel

N° de Police : 202 8523

- ☐ Assurance d'hospitalisation  
☐ Complément ambulatoire  
☐ Assurance accidents complémentaire  
☐ Assurance voyages et vacances  
☐ Via la carte de crédit  
☐ Autres

Assurance Mundo. Ass compl. en cas de séjour  
à l'étranger.

## 9 TCS – Autodéclaration relative aux détails des factures

Veuillez compléter le tableau ci-dessous en mentionnant toutes les factures suivant un ordre chronologique et joindre les factures.

Si les coûts occasionnés à l'étranger ne sont pas entièrement couverts par votre assurance maladie ou accidents, ou encore par un assureur tiers, merci de joindre le décompte de l'assurance ainsi que les justificatifs correspondants.

### Frais pour traitements ambulatoires

Date du traitement	Nom et adresse de l'émetteur des factures	Diagnostic/type de traitement	Montant/monnaie
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Frais pour traitements stationnaires (au moins 24 heures ou au moins 1 nuit à l'hôpital). Indiquer toutes les factures partielles et supplémentaires concernant le séjour hospitalier : honoraires des assistants, anesthésistes, praticiens, etc.

Date du traitement	Nom et adresse de l'émetteur des factures	Diagnostic/type de traitement	Montant/monnaie
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### Frais pour médicaments, moyens auxiliaires et autres

Date d'achat	Nom du médicament, du produit, forme galénique, taille de l'emballage	Montant/monnaie
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## 10 Confirmation et procuration

Je, resp. mon représentant légal, confirme avoir répondu aux questions ci-dessus de manière complète et conforme à la vérité.  
La personne assurée autorise Sanitas Assurances de base et privées SA, à consulter les documents officiels et médicaux auprès des autres organismes d'assurance, des médecins, des hôpitaux, de la police et du tribunal. Les organismes mentionnés sont déliés de leur obligation de garder le secret vis-à-vis du groupe Sanitas. Par ailleurs, la personne assurée accepte que le groupe Sanitas transmette les données nécessaires au traitement des sinistres à des tiers, à savoir aux assureurs impliqués, et qu'il recueille les informations requises auprès de ceux-ci.

Cenae 06.05.2022  
Lieu et date

[Signature]  
Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

PS: Je tiens à signaler que lorsque traité en ambulatoire pour cette affection, tous mes médecins m'ont jugé apte à parler et m'ont même largement encouragé à faire ce voyage.