

# Questionnaire concernant les traitements à l'étranger

## Personne assurée

(Remplir en majuscules et minuscules)

Nom  Prénom  Date de naissance   
Téléphone  Courriel  N° d'assuré(e)

## S'agit-il d'un(e)

- Maladie  Accident. En cas d'accident, nous vous prions de bien vouloir remplir également le formulaire de déclaration d'accident, que vous trouverez sur le site [www.egk.ch/formulaires](http://www.egk.ch/formulaires)

## Questions sur les traitements à l'étranger

1 Dans quel lieu / pays (étranger) êtes-vous tombé(e) malade / avez-vous eu votre accident?

2 Suiviez-vous déjà un traitement en Suisse pour le même problème?  Oui  Non

3 Durée du traitement à l'étranger? du  au

Remarques complémentaires sur la période du voyage

4 Motif du séjour à l'étranger  Détaché(e)\*  Frontalier/-ère\*  Retraité(e)\*  
 Études  Vacances  Autre  
\* assuré(e) ou membre de sa famille

5 Raison du traitement  Urgence  Traitement prévu

6 Diagnostic

Type et période de traitement

Ambulatoire  
Début du traitement  Fin du traitement

Stationnaire\* (avec nuit à l'hôpital)  
Début du traitement  Fin du traitement

\* Les rapports médicaux doivent impérativement être envoyés.

Le traitement a-t-il été dispensé dans une clinique privée / un cabinet privé?  Oui  Non

Un transport a-t-il été effectué?

Oui  Non

Si oui, veuillez joindre le rapport du transport.

Nom et adresse du/de la médecin traitant(e)

Nom et adresse de l'hôpital

Quels traitements ont été dispensés?

---

---

---

---

7 Avez-vous été en contact avec l'assistance EGK?

Oui  Non

8 Autre couverture d'assurance

a) Avez-vous souscrit une assurance vacances et voyages auprès d'une autre compagnie? Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurance?

Non

Oui, nom et adresse de l'assurance

---

---

---

---

Numéro de police

---

b) Avez-vous déclaré l'événement auprès de cette compagnie d'assurance?

Oui

Non

c) Êtes-vous également assuré(e) auprès d'une autre compagnie en cas d'ACCIDENT et/ou de MALADIE?

No

Oui, nom et adresse de l'assurance

---

---

---

---

Numéro de police

---

Avez-vous déclaré l'événement auprès de cette compagnie?

Oui

Non

Des prestations ont-elles été versées ou sont-elles prévues?

Non

Oui, d'un montant de CHF

---

Remarques complémentaires sur les traitements avant le séjour à l'étranger

---

---

---

---

9 Pour les factures illisibles ou en langue étrangère (autres alphabets), nous vous prions de bien vouloir envoyer une traduction officielle (en allemand ou en anglais). EGK-Caisse de Santé peut confier cette traduction à un partenaire externe. Les coûts par cas s'élèvent au minimum à CHF 75.-, hors TVA. Ces coûts sont facturés ou déduits d'un éventuel remboursement.

Souhaitez-vous bénéficier de ce service?

Oui  Non

Si oui, nous vous informerons des frais définitifs avant de donner le mandat de traduction.

## Récapitulation des frais

Toutes les factures doivent être mentionnées séparément!

Date de traitement	Nom de l'organisme de facturation (médecin, hôpital, pharmacie, etc.)	Monnaie	Montant

### Procuration / signature

La personne assurée confirme avoir répondu aux questions ci-dessus de manière exhaustive et véridique. Elle autorise EGK-Caisse de Santé à se procurer toutes les informations nécessaires à l'évaluation de l'obligation en matière de prestations et à l'examen des factures auprès de l'ensemble des services administratifs, publics et privés impliqués, des membres du personnel médical et médico-thérapeutique, des autres compagnies d'assurance et des employeurs. Elle libère les membres du personnel médical de leur obligation de secret médical et les autres services d'une éventuelle obligation de secret professionnel. EGK-Caisse de Santé est autorisée dans la même mesure à envoyer aux services susmentionnés des documents ou informations nécessaires à l'évaluation de l'obligation en matière de prestations. La procuration porte sur l'événement actuel mentionné dans le questionnaire et peut être révoquée par écrit.

<hr/>	<hr/>
Lieu et date	Signature de la personne assurée ou du/de la représentant(e) légal(e)