

To be completed by the insured (grey boxes)**A compléter par l'assuré (zones grisées)**

Insured's surname and first name - Nom et prénom de l'assuré :			
GMCI Id No. - N° d'identification GMCI :			
Patient's surname and first name - Nom et prénom du patient :			
Phone number - Téléphone :		Fax - Fax :	
Country where medical care is given - Pays de soins :			

Is treatment in direct relation with an accident? - Les soins sont-ils consécutifs à un accident ?	Yes - Oui	No - Non
---	------------------	-----------------

If yes, please describe the circumstances of the accident- Dans l'affirmative, décrivez les circonstances de l'accident :

To be completed by the attending physician (grey boxes)**A compléter par le praticien traitant (zones grisées)**

	Date	Qty	Total amount	Currency
	Date	Qté	Montant total	Devise
Ambulatory medical care - Médecine ambulatoire				
C	General practice consultation - Consultation de médecine générale			
CS	Specialist practice consultation - Consultation de médecine spécialisée			
CP	Consultation of a professor - Consultation d'un professeur			
CN	Psychiatric consultation - Consultation de psychiatrie			
Z	Radiology - Radiologie			
B	Biology - Biologie			
PN	Pharmacy - Pharmacie			
	Medical assistants - Auxiliaires médicaux			
VAC	Vaccinations - Vaccinations			
AB	Transportation by ambulance - Transports en ambulance			
TH	Thermal cure: medical fees - Cures thermales : honoraires médicaux			
K	Ambulatory surgical procedures - Actes de chirurgie ambulatoire			
	Other (to be specified) - Autre (à préciser) :			

Fertility treatment - Traitement de la stérilité

IA	Artificial insemination - Insémination artificielle			
FIV	In vitro fertilisation - Fécondation in vitro			
	Other (to be specified) - Autre (à préciser) :			

Medical prostheses - Prothèses médicales

OR	Hearing aids and orthopaedic prosth. - Proth. auditives, orthopédiques			
----	--	--	--	--

Optical equipment - Equipements optiques

VER	Glasses - Verres			
LEN	Contact lenses - Lentilles de contact			
ML	Frames - Montures			

Dental care - Soins dentaires

SD	All conservatory care - Tous soins conservateurs			
----	--	--	--	--

Dental prostheses - Prothèses dentaires

PD	Fixed prostheses - Prothèse dentaire fixe			
PD	Removable denture - Prothèse dentaire adjointe			
PD	Inlays/Onlays - Inlays / onlays			
PD	Inlay core - Inlay core			
	Other: - Autre :			

Periodontics - Parodontologie

SD	All periodontics - Tous actes de parodontologie			
----	---	--	--	--

Implantology - Implantologie

Z	Pre-implanting scanner - Scanner pré-implantaire			
IMP	Implantation surgery - Chirurgie implantaire			

Orthodontics - Orthodontie

OTH	All types of treatment - Toutes phases de traitement			
-----	--	--	--	--

Date - Date :		Date - Date :	
Physician/Medical provider's seal and signature Cachet et signature du professionnel de santé		Patient's signature Signature du patient	