



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATIONS A L'ÉTRANGER**  
INTERNATIONAL MEDICAL GROUP®, INC.  
P.O. Box 88509  
INDIANAPOLIS, IN 46208-0509USA  
TÉLÉPHONE: 317-655-4500  
FAX: 317-655-4505

**LA DEMANDE DOIT ÊTRE FAITE  
DANS 90 JOURS DE LA DATE  
DU SERVICE**

NOM DU PATIENT : \_\_\_\_\_

N° DE POLICE \_\_\_\_\_

Un Formulaire de Demande de Prestations  
doit être rempli pour les frais  
encourus à l'étranger

**RÉSUMÉ DES SERVICES FOURNIS**

DATE DES SERVICES	PRESTATAIRE	TYPE DE SERVICE QUI A ÉTÉ FAIT	NATURE DE LA MALADIE/ACCIDENT	TYPE DE MONNAIE	VILLE/ PAYS	FRAIS TOTAUX	RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

This French translation is provided as an accommodation and convenience only, and is subject in its entirety to the English version. The English version will take precedence in all matters.

Les traductions en français ne sont fournies qu'à titre gracieux et pour votre commodité, et le texte anglais est la version qui prévaut. Le texte anglais prévaut dans tous les cas.