

PARTIE RÉSERVÉE À L'HOSPITALISATION

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

Je soussigné(e).....
 atteste sur l'honneur avoir réglé directement la somme globale de.....
 pour l'hospitalisation du.....au.....en service(s).....
 concernant.....(préciser le bénéficiaire).
 Montant éventuellement perçu d'un organisme d'assurance local (joindre justificatifs)

Ce règlement correspond au montant Total Partiel des frais d'hospitalisation.

Je joins à l'appui de ma demande les originaux des factures détaillées et acquittées par l'Établissement et les différents intervenants.

Fait à..... le

Signature de l'assuré(e) :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT

Le Directeur de l'Établissement certifie avoir reçu
 The Director of the Establishment certifies having received / El Director del Centro Hospitalario certifica que ha recibido / Der Direktor des Krankenhauses bestätigt den Erhalt

- La somme globale de
 The total sum of / La suma global de / der Gesamtsumme von

- De la part de M. - Mme - Melle
 From Mr - Mrs - Miss / Por parte de don - doña - señorita / von Herr - Frau

En règlement des frais d'hospitalisation du bénéficiaire ci-dessous désigné
 As payment for the hospitalization costs of / Como pago por los gastos de hospitalización de / in Bezahlung der Krankenhauskosten von

Nom, prénom, âge de la personne hospitalisée
 Name, forename and age of the person hospitalized / Apellidos, nombre y edad de la persona hospitalizada / Name, Vorname, Alter der behandelten Person

Règlement, Payment / Pago / Bezahlung Total Total / Total / Gesamt Partiel, Partial / Parcial / Teilweise

Date d'entrée Date de sortie
 Date of admission / Fecha de entrada / Einweisungsdatum Date of discharge / Fecha de salida / Entlassungsdatum

Service(s)
 Department(s) / Servicio(s) / Abteilung(en)

Fait à le.....
 Done at / En / Ausgefertigt in on / el / am

Signature du Directeur de l'Établissement ou de son représentant

Signature of the Director of the Establishment or of his representative
 Firma del Director del Centro Hospitalario o de su representante
 Unterschrift des Krankenhausdirektors oder seines Vertreters

Cachet de l'Établissement

Stamp of the Establishment
 Sello del Centro Hospitalario
 Stempel des Krankenhauses

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE
 et à ne pas utiliser pour les soins reçus en France

CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- Dans tous les cas, complétez cette première page. Utilisez une feuille de soins par malade.
- Pour les demandes de remboursement de frais médicaux, veuillez renseigner la partie 2 avec le maximum de précisions. Reportez si possible le numéro de document sur chaque facture correspondante.
- Pour les hospitalisations, faites compléter la page 3 par l'Établissement et n'omettez pas de renseigner la partie vous concernant.
- Dans tous les cas, le remboursement de cette feuille est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins et à la présentation des prescriptions médicales comportant les nom et prénom du malade et des factures ORIGINALES détaillées et ACQUITTÉES.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

Nom (en capitales)

Prénom Pays d'expatriation

Pays où ont été dispensés les soins

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

Nom Prénom

Date de naissance Est-il scolarisé ? Oui Non

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ? Oui Non

Si oui, laquelle ? Est-il retraité ? Oui Non

A-t-il des ressources personnelles de quelle que nature que ce soit ? Oui Non

Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet ayant droit.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS (s'il ne s'agit pas de maladie)

- Accident causé par un tiers, indiquez la date
- Accident du travail, indiquez la date
- Maternité, indiquez la date de la conception
 (si vous ne l'avez pas envoyée, joignez votre déclaration médicale de grossesse)

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.
 Signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (R.I.B à joindre).

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende ou d'emprisonnement : articles L766-1-3 et L766-2-2 du code de la Sécurité sociale ; articles 313-1, 313-2 5, 441-1 et 441-6 du code pénal). Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de sécurité sociale des Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements et professionnels de santé, les employeurs mandatés et les organismes bancaires. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement : Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT - TSA 64298 - 77284 Avon CEDEX - France.

Signature de l'assuré(e) :

RENOUVELLEMENT DE FEUILLES DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site)

Pour obtenir des feuilles de soins, indiquez le nombre souhaité :



ÉTAT DÉCLARATIF À COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS REÇUS À L'ÉTRANGER



IMPORTANT

- ⇒ N'omettez pas de joindre à la présente demande, pour chaque dépense énumérée ci-dessous, **les factures originales détaillées et acquittées**, ainsi que les éventuelles prescriptions médicales sur lesquelles les professionnels de santé doivent indiquer les nom et prénom du malade.
- ⇒ Vérifiez bien avant l'envoi à la CFE que la page I a été complétée et signée par vos soins et **n'omettez pas d'indiquer votre numéro de Sécurité sociale**.

Document n° (à reporter sur les factures correspondantes)	Dates des soins	DESCRIPTION DES FRAIS FACTURÉS : ⇒ <i>suivez nos conseils pratiques</i> - actes en série : précisez le siège des soins et le nombre d'actes (ex. : 15 massages du dos, 12 séances d'orthophonie) - précisez la spécialité du praticien consulté (ex : pédiatre, généraliste, dermatologue) - appareillage : décrivez la fourniture délivrée (ex : lunettes, semelles orthopédiques, oxygène...)	Identification du praticien, du fournisseur ou de l'Établissement	Montant total payé en monnaie locale (devise à préciser)	Montant éventuellement pris en charge par un organisme local
1	15/05/2009	Consultation pédiatre	Dr Roos	100 USD	40 USD
2	16/05/2009	Pharmacie	Pharmacie wellgreens	80 USD	-
3	17/06/2009	Lunettes : verres et monture	Optique west	1200 USD	-
4	29/05/2009	Radio du genou gauche	Centre de radiologie du Cèdre	100 000 LL	-
5	Du 2 au 30/06/2009	15 injections intramusculaires	M. Cheng	510 CNY	-
1	.../.../...				
2	.../.../...				
3	.../.../...				
4	.../.../...				
5	.../.../...				
6	.../.../...				
7	.../.../...				
8	.../.../...				
9	.../.../...				

Exemples