



## LES FRAIS FACTURÉS

N° du document	Description des frais facturés	Montant réglé en monnaie locale	Montant éventuellement pris en charge par un organisme local
1	Frais hospitaliers (chambre, lit...)	1000 USD	400 USD
2	Honoraires des praticiens (chirurgien, anesthésiste, cardiologue...)	800 USD	-
3	Autres frais liés à l'hospitalisation (prothèse...)	150 USD	-
<b>1</b>			
<b>2</b>			
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			

**EXEMPLE**

J'atteste sur l'honneur avoir réglé directement la somme globale de : \_\_\_\_\_ pour les frais ci-dessus.

L'hospitalisation concerne \_\_\_\_\_ (précisez le bénéficiaire des soins).

Ce règlement correspond au montant des frais d'hospitalisation :  total  partiel

Montant éventuellement perçu d'un organisme d'assurance local (joindre les justificatifs) : \_\_\_\_\_

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation et notamment tout changement de pays. De même, j'atteste avoir pris connaissance des conditions d'adhésion et déclare les accepter (les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à la peine d'amende et/ou d'emprisonnement : article L766-4-2 du code de la Sécurité sociale ; articles 313-1, 313-2 5°, 441-1 et 441-6 du code pénal). Les informations collectées sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement. Ces données sont obligatoires pour le traitement de mon dossier. Elles seront utilisées pour me recontacter, me fournir les informations demandées et seront conservées pendant une durée conforme à la réglementation en vigueur. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Ces droits peuvent être exercés en m'adressant à : [contactdpo@cfe.fr](mailto:contactdpo@cfe.fr).

Signature :

## PARTIE 2 : RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

For healthcare facility use only - Reservado al centro sanitario

NOM : \_\_\_\_\_  
Name - Nombre

ADRESSE COMPLÈTE : \_\_\_\_\_  
Full address - Dirección completa

SITE INTERNET : \_\_\_\_\_  
Website - Sitio web

Le Directeur de l'établissement certifie avoir reçu la somme globale de : \_\_\_\_\_  
I hereby certify, as Director of the healthcare facility, having received the total amount of - El Director del centro de sanitario certifica haber recibido el importe total de

Correspondant aux frais d'hospitalisation de : \_\_\_\_\_  
For hospital care provided to - Correspondiente a los gastos de hospitalización de

Nom, prénom du bénéficiaire des soins : \_\_\_\_\_  
Surname, name of the patient - Apellido, nombre del paciente

Dans le(s) service(s) suivant(s) : \_\_\_\_\_  
In the following service(s) - En el (los) servicio(s) siguiente(s)

Cette somme a été réglée par Mme / M : \_\_\_\_\_  
This amount was settled from Mrs / Mr - Dicho importe ha sido abonado por la Sra / el Sr

En totalité Fully - En totalidad  Partiellement Partly - Parcialmente

Date, signature et cachet de l'établissement  
Date, signature and stamp of the healthcare facility  
Fecha, firma y sello del centro sanitario

|\_| / |\_| / |\_|

Date d'entrée : |\_| / |\_| / |\_|  
Date of admission - Fecha de entrada

Date de sortie : |\_| / |\_| / |\_|  
Date of discharge - Fecha de salida