

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À L'ÉTRANGER (HORS FRANCE)

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE

IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- Utilisez une feuille de soins par bénéficiaire.

- Complétez obligatoirement les deux pages de cette feuille de soins. Indiquez votre numéro de sécurité sociale et signez.

- Pour être remboursé(e), joignez systématiquement à la présente feuille de soins les éléments suivants :

- factures originales détaillées et acquittées (mention apposée par le professionnel de santé) attestant du paiement pour chacune des dépenses ;
- prescriptions médicales (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique ;
- en cas d'actes en série (kinésithérapie, orthophonie, ...), un état de frais indiquant toutes les dates de soins.

- En cas de dépôt en ligne : scannez les documents et transmettez-les via votre espace personnel. Conservez les originaux pendant 27 mois.

- En cas d'envoi postal : joignez les originaux à votre demande et conservez en une copie.

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

L'ADHÉRENT

N° de Sécurité sociale (obligatoire) : | | | | | | | | | | | | | | | |

NOM (en capitales) : _____

Prénom : _____ Date de naissance : | | | / | | | / | | |

Pays dans lequel les soins ont été dispensés : _____

LE BÉNÉFICIAIRE DES SOINS (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

NOM (en capitales) : _____

Prénom : _____ Date de naissance : | | | / | | | / | | |

LES SOINS

☐ Accident causé par un tiers, indiquez la date : | | | / | | | / | | |

☐ Accident de travail, indiquez la date : | | | / | | | / | | |

☐ Maternité, indiquez la date de conception : | | | / | | | / | | |

(Si vous ne l'avez pas envoyée, joignez votre déclaration médicale de grossesse.)

LES MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués conformément à nos garanties et selon les modalités habituelles, sous réserve que vos cotisations soient à jour à la date des soins. Tout changement d'adresse ou de domiciliation bancaire doit être signalé depuis votre espace personnel. S'il s'agit d'un premier envoi de feuille(s) de soins, transmettez un relevé d'identité bancaire (RIB).

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.

Signature :

Identité du bénéficiaire des soins : NOM : Prénom : Date de naissance : |__|/|__|/|__|

Détails des actes médicaux	Date des soins	Montant réglé en monnaie locale	Montant pris en charge par un organisme local	Nom du praticien ou de l'établissement	Signature et cachet du praticien
----------------------------	----------------	---------------------------------	---	--	----------------------------------

CONSULTATION(S)

☐ Généraliste ☐ Spécialiste	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....	
☐ Généraliste ☐ Spécialiste	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....	
☐ Généraliste ☐ Spécialiste	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....	

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN MÉDECIN

☐ Radiographie, zone à préciser : .....	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....	
☐ Mammographie	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....	
☐ Scanner ☐ IRM	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....	
☐ Échographie, zone à préciser : .....	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....	
☐ Autre, à préciser : .....	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....	

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : |__|/|__|/|__|	Date de délivrance : |__|/|__|/|__|	.....	.....	
Date de la prescription : |__|/|__|/|__|	Date de délivrance : |__|/|__|/|__|	.....	.....	
Date de la prescription : |__|/|__|/|__|	Date de délivrance : |__|/|__|/|__|	.....	.....	
Date de la prescription : |__|/|__|/|__|	Date de délivrance : |__|/|__|/|__|	.....	.....	

ANALYSES DE LABORATOIRE

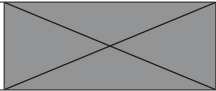
Date de la prescription : |__|/|__|/|__|	Date d'exécution : |__|/|__|/|__|	.....	.....	
Date de la prescription : |__|/|__|/|__|	Date d'exécution : |__|/|__|/|__|	.....	.....	

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés : .....	|__|/|__|/|__|	.....	.....	.....	
.....	__ / __ / __				

Détails des actes médicaux	Date des soins	Montant réglé en monnaie locale	Montant pris en charge par un organisme local	Nom du praticien ou de l'établissement	Signature et cachet du praticien
----------------------------	----------------	---------------------------------	---	--	----------------------------------

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (kinésithérapeute, infirmier, orthophoniste...)

Date de la prescription : |__|/|__|/|__|	Traitement dispensé du |__|/|__|/|__| au |__|/|__|/|__|				
Nombre de séance(s) dispensée(s) : .....		.....	.....	.....	
Description du traitement :					