



FEUILLE DE SOINS DENTAIRES DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE – A ne pas utiliser pour les soins reçus en France

Pour vous aider à renseigner cette feuille de soins, vous êtes invité(e) à vous référer aux conseils pratiques en bas de cette page

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NOM (en capitales) : Date de naissance : | | | / | | | / | | |

Prénom :

Pays où ont été dispensés les soins :

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

NOM (en capitales) : Date de naissance : | | | / | | | / | | |

Prénom :

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ? Oui Non ⇨ Si oui, laquelle ?

Est-il retraité ? Oui Non

A-t-il des ressources personnelles de quelque 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 de travail, indiquez la date : | | | / | | | / | | |

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.

Signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (RIB à joindre)

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. Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende et/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 – 160 rue des Meuniers – 77950 RUBELLES – France

Signature :

RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site www.cfe.fr, rubrique « vos imprimés »)

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

IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- Utilisez une feuille de soins par praticien et par patient.
- Complétez obligatoirement cette 1^{ère} page : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins.
- Les volets 1, 2 et 3 doivent être complétés par le praticien. Le volet 1 est réservé aux soins dentaires, le volet 2 est réservé aux travaux de prothèses et le volet 3 concerne les renseignements médicaux confidentiels (schéma dentaire et détail des travaux).
- Pour être remboursé(e), la présente feuille de soins doit comporter la mention « acquittée » apposée par le praticien attestant du paiement.
- Pensez à joindre un RIB lors de votre 1^{er} envoi de feuille(s) de soins.
- Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins.

INFOS PRATIQUES

- A titre indicatif, ne sont jamais pris en charge :
 - ↳ les implants
 - ↳ les soins et couronnes provisoires
) Liste non exhaustive

