



FEUILLE DE SOINS POUR L'HOSPITALISATION A L'ÉTRANGER

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE – A ne pas utiliser pour les hospitalisations 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 : | | | / | | | / | | |

Maternité, indiquez la date de 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 (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, indiquez le nombre souhaité :

IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- Utilisez une feuille de soins par malade.
- 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**.
- Veuillez **renseigner avec le maximum de précisions et signer la partie I** (au recto de la présente feuille de soins).
- Pensez à **JOINDRE les factures ORIGINALES** détaillées et **ACQUITTÉES**.
- **Faites compléter la partie II par l'établissement** (partie réservée à l'établissement au recto du présent document).
- Dans tous les cas, le remboursement est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date de l'hospitalisation.
- Pensez à joindre une **RIB** lors de votre 1^{er} envoi de feuille(s) de soins.
- Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : www.cfe.fr

Partie I : ÉTAT DÉCLARATIF A COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT DANS LE CADRE D'UNE HOSPITALISATION A L'ÉTRANGER

Joignez à votre demande les originaux des factures détaillées et acquittées délivrées par l'établissement et les différents intervenants

Identité du malade : NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE : |__|/|__|/|__|

DATES ET MOTIF DU SÉJOUR

DU (date d'entrée) : |__|/|__|/|__| AU (date de sortie) : |__|/|__|/|__|

Motif de l'hospitalisation (vous avez la possibilité d'adresser le compte-rendu d'hospitalisation sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil) :

DESCRIPTION DES FRAIS FACTURÉS

N° de 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	Autre frais lié à l'hospitalisation (prothèse...)	150 USD	-
1			
2			
3			
4			

N'hésitez pas à compléter plusieurs imprimés si nécessaire

J'atteste sur l'honneur avoir réglé directement la somme globale de

pour cette hospitalisation concernant (précisez le bénéficiaire des soins).

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

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

Partie II : RÉSERVÉE A L'ÉTABLISSEMENT
Section reserved for the hospital – Parte reservada al Centro Hospitalario

ETABLISSEMENT
Hospital – Centro Hospitalario

NOM :
Name – Apellidos

ADRESSE COMPLETE :
Full address - Dirección completa

SITE INTERNET :
Website - sitio web

Date d'entrée : |__|/|__|/|__|

Date of admission – Fecha de entrada

Date de sortie : |__|/|__|/|__|

Date of discharge – Fecha de salida

Le directeur de l'Établissement certifie avoir reçu la somme globale de :

The Director of the Establishment certifies having received the total sum of – El Director del Centro Hospitalario certifica que ha recibido la suma global de

De la part de M. – Mme – Melle :

From – Por parte de

En règlement des frais d'hospitalisation du bénéficiaire ci-dessous désigné :

In settlement of the hospitalization costs of the beneficiary below designated
Como pago por los gastos de hospitalización del paciente continuación designado

Nom, Prénom, âge de la personne hospitalisée :

Name, surname and age of the patient

Apellidos, Nombre y edad de la persona hospitalizada

En service(s) de :

Department(s) of hospitalization – Servicio(s)

Règlement : Total Total – Total

Payment – Pago

Partiel Partial – Parcial

DATE, SIGNATURE ET CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT

Date, signature and stamp of the Hospital
Fecha, firma y sello del Centro Hospitalario

|__|/|__|/|__|