



FEUILLE DE SOINS POUR LES TRANSPORTS A L'ÉTRANGER

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE – A ne pas utiliser pour les transports effectués 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 transports, 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**. Le verso doit être complété également par vos soins.
- Pour être remboursé(e), **joignez** systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :
 - ⇒ les **factures originales détaillées et acquittées** attestant du paiement de chaque transport,
 - ⇒ les **prescriptions médicales** (avec nom/prénom du malade, lieu de départ et d'arrivée, motif médical et moyen de transport prescrit),
 - ⇒ ainsi que, **en cas de transports en série, un état indiquant chaque date de transport**.
- Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins.
- Pensez à joindre un **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

ÉTAT DÉCLARATIF A COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES TRANSPORTS EFFECTUÉS A L'ÉTRANGER

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

MODE ET MOTIF DU (DES) TRANSPORT(S)

Veuillez indiquer le mode de transport utilisé :

- Ambulance Taxi
 Véhicule personnel Autre, à préciser :

Veuillez indiquer le motif du transport :

- Entrée d'hospitalisation** (y compris pour séance de chimiothérapie, radiothérapie ou hémodialyse).
 Sortie d'hospitalisation (y compris pour séance de chimiothérapie, radiothérapie ou hémodialyse).
 Transport en lien avec une affection de longue durée.
 Transport lié à un accident du travail ou une maladie professionnelle.
 Urgence.
 Transport à plus de 150 km.
↳ joindre un certificat médical attestant que la structure de soins prescrite est la plus proche du point de prise en charge (domicile, autre lieu ou structure de soins).
 Transport en série (= au minimum 4 transports pour un même traitement en 2 mois, d'une distance supérieure à 50 km chacun).

DETAIL DU (DES) TRANSPORT(S) RÉALISÉ(S)

Date du transport	Départ	Arrivée	Nombre de kilomètres	Montant réglé en monnaie locale	Montant éventuellement pris en charge par un organisme local
Trajet n° 1					
ALLER _ _ / _ _ / _ _	<input type="checkbox"/> du domicile , indiquez la ville : <input type="checkbox"/> de la structure de soins , laquelle : <input type="checkbox"/> d'un autre lieu , lequel :	<input type="checkbox"/> au domicile , indiquez la ville : <input type="checkbox"/> à la structure de soins , laquelle : <input type="checkbox"/> à un autre lieu , lequel : .....	.....	.....	.....
RETOUR _ _ / _ _ / _ _	<input type="checkbox"/> du domicile , indiquez la ville : <input type="checkbox"/> de la structure de soins , laquelle : <input type="checkbox"/> d'un autre lieu , lequel :	<input type="checkbox"/> au domicile , indiquez la ville : <input type="checkbox"/> à la structure de soins , laquelle : <input type="checkbox"/> à un autre lieu , lequel : .....	.....	.....	.....
Trajet n° 2					
ALLER _ _ / _ _ / _ _	<input type="checkbox"/> du domicile , indiquez la ville : <input type="checkbox"/> de la structure de soins , laquelle : <input type="checkbox"/> d'un autre lieu , lequel :	<input type="checkbox"/> au domicile , indiquez la ville : <input type="checkbox"/> à la structure de soins , laquelle : <input type="checkbox"/> à un autre lieu , lequel : .....	.....	.....	.....
RETOUR _ _ / _ _ / _ _	<input type="checkbox"/> du domicile , indiquez la ville : <input type="checkbox"/> de la structure de soins , laquelle : <input type="checkbox"/> d'un autre lieu , lequel :	<input type="checkbox"/> au domicile , indiquez la ville : <input type="checkbox"/> à la structure de soins , laquelle : <input type="checkbox"/> à un autre lieu , lequel : .....	.....	.....	.....
Trajet n° 3					
ALLER _ _ / _ _ / _ _	<input type="checkbox"/> du domicile , indiquez la ville : <input type="checkbox"/> de la structure de soins , laquelle : <input type="checkbox"/> d'un autre lieu , lequel :	<input type="checkbox"/> au domicile , indiquez la ville : <input type="checkbox"/> à la structure de soins , laquelle : <input type="checkbox"/> à un autre lieu , lequel : .....	.....	.....	.....
RETOUR _ _ / _ _ / _ _	<input type="checkbox"/> du domicile , indiquez la ville : <input type="checkbox"/> de la structure de soins , laquelle : <input type="checkbox"/> d'un autre lieu , lequel :	<input type="checkbox"/> au domicile , indiquez la ville : <input type="checkbox"/> à la structure de soins , laquelle : <input type="checkbox"/> à un autre lieu , lequel : .....	.....	.....	.....

Si votre demande de remboursement concerne plus de 3 trajets, merci de compléter une (ou plusieurs) feuille(s) de soins complémentaire(s).