



Caisse des Français de l'Étranger

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE POUR LES SOINS À L'ÉTRANGER

NOTICE

Les prestations suivantes, dispensées à l'étranger, sont soumises à accord préalable obligatoire de la CFE via le présent formulaire :

- les transports terrestres >150km,
- les transports aériens,
- les hospitalisations en psychiatrie,
- les hospitalisations à visée esthétique et réparatrice,
- les hospitalisations en soins de suite et de réadaptation,
- les placements des enfants et adolescents handicapés
- les cures thermales en UE EEE et Suisse.

Ce formulaire doit être transmis à la CFE, accompagné de la prescription médicale correspondante :

- par courrier, à l'adresse postale de la CFE, à l'attention du Médecin Conseil,
- ou par mail à l'adresse servicemedical@cfe.fr

Il doit être complété par l'adhérent et par le professionnel de santé prescripteur, lequel devra détailler la nature de la prestation (nature et durée de traitement ou du séjour, localisation des soins, nombre de séances et fréquence, désignation de l'établissement, mode de transport, motif du transport, etc.)

Toute demande incomplète sera rejetée et ne pourra donner lieu à un remboursement de la CFE.

Pour les prothèses dentaires à l'étranger : veuillez compléter le formulaire « Feuille de soins dentaires dispensés à l'étranger », disponible sur le site cfe.fr .

Pour les soins reçus en France : il convient de transmettre à la CFE l'imprimé Cerfa en vigueur sur le territoire français, dûment complété par le professionnel de santé prescripteur.

Pour toute autre demande, vous pouvez contacter la CFE via votre espace personnel, en joignant la prescription médicale détaillée correspondante, ou le devis le cas échéant.

La loi rend passible de radiation, de pénalités, d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (article L. 766-4-2 du Code de la sécurité sociale ; articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

La loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la Caisse des Français de l'Étranger.



DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE POUR LES SOINS À L'ÉTRANGER

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Numéro de sécurité sociale : _ _ _ _ _

Pays d'expatriation :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS (si différent de l'assuré)

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Numéro de sécurité sociale : _ _ _ _ _

Pays d'expatriation :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA NATURE DES SOINS

Il s'agit de soins nécessitants : un transport terrestre > 150km un transport aérien une hospitalisation en psychiatrie une hospitalisation à visée esthétique et réparatrice une hospitalisation en soins de suite et de réadaptation un placement d'un enfant ou adolescent handicapé une cure thermale en UE EEE et Suisse

Nb : toute demande exclue de cette liste sera classée sans suite

Un accident causé par un tiers : oui (date d'accident : __ / __ / _____) non

Un accident du travail ou une maladie professionnelle : oui (date : __ / __ /) non

Une maladie : oui non

Une maternité : oui (date présumée de début de grossesse : __ / __ / __) non

ATTESTATION

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire.

Fait à

Le __ / __ / ____

Signature de l'assuré :

**DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE POUR LES SOINS À L'ÉTRANGER
REQUEST FOR PRIOR AGREEMENT**

**PARTIE A COMPLÉTER PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ PRESCRIPTEUR
SECTION RESERVED TO MEDICAL DOCTOR**

**DESCRIPTION DÉTAILLÉE DES SOINS A DISPENSER ET DE LA PATHOLOGIE
AFFÉRENTE
DETAILED DESCRIPTION OF REQUESTED CARE AND RELATED PATHOLOGY**

.....

**IDENTIFICATION DU PRATICIEN PRESCRIVANT LES SOINS ET DE LA STRUCTURE
DANS LAQUELLE IL EXERCE
PHYSICIAN ID AND REQUESTED HEALTH FACILITY**

Date de la prescription médicale : __ / __ / ____ *Medical Prescription Date : YYYY/MM/DD*
 (Joindre impérativement la prescription médicale au présent formulaire, *The Medical Prescription must be joined*)

Identification du praticien prescripteur : *Physician ID* :

Nom et prénom : *Full Name* :

Lieu d'exercice et Adresse postale : *Health Facility and Address*

.....

Désignation précise de l'établissement dans lequel seront dispensés les soins : *Full description of the requested Health Facility* :

Raison sociale : *Full Name* :

Adresse internet du site web : *Website* :

Adresse postale : *Address* :

.....

Médecin correspondant dans la structure (si connu) (*Correspondence doctor in the facility (if known)*)

Nom et prénom : *Full Name* :

ATTESTATION

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements portés sur le présent formulaire. *I certify that to the best of my knowledge, this Document does not contain any false, misleading or incomplete information*

Fait à (*Town and country*)

Le __ / __ / ____ *Date : YYYY/MM/DD*

Signature et cachet du praticien : *Signature and seal of the Physician*