

## DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE POUR LES SOINS À L'ÉTRANGER

**Ne pas utiliser pour les soins reçus en France et pour les prothèses dentaires à l'étranger**

### • CONSEILS PRATIQUES À DESTINATION DES ADHÉRENTS

La formalité d'entente préalable pour :

- les actes en série prescrits pour massage, rééducation (kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, rééducation respiration),
- certains types d'appareillage (chaussure orthopédiques, appareil auditif, fauteuil roulant, prothèses et orthèses  
*n'est pas obligatoire pour les soins reçus à l'étranger.*

Cependant, si vous souhaitez connaître la base de remboursement retenue par la Caisse des Français de l'Étranger pour ces prestations, vous pouvez nous questionner en utilisant ce formulaire.

N'omettez pas de remplir les parties ci-dessous et de faire compléter le verso de l'imprimé par votre patricien. Celui-ci devra apporter un maximum de renseignements (nature et durée de traitement, localisation des soins, nombre de séances et fréquence, etc.).

Pour l'appareillage, il est recommandé de joindre un devis du fournisseur.

Vous pouvez également nous interroger sur le site Internet de la CFE ([www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)), rubrique « *Contactez-nous* » en joignant la prescription médicale détaillée par votre médecin traitant.

### • RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

Nom : ..... Prénoms : .....

Numéro de sécurité sociale

Pays d'expatriation : .....

### • RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (SI DIFFÉRENT DE L'ADHERENT)

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance :

Il s'agit d'un accident  oui      Accident causé par un tiers      le

Accident de travail      le

non

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à..... Le       Signature  
de l'assuré(e) :

*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 sécurité sociale français, les organismes gestionnaires de complémentaire santé, le Ministère des Affaires Étrangères, les établissements et professionnels de santé.*

*Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement : Monsieur le Directeur de la CFE, CFE - 160, rue des Meuniers - CS 70238 Rubelles - 77052 Melun Cedex - France.*

## PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN<sup>1</sup>

Section reserved for the doctor / Parte reservada al médico

### • NATURE DES SOINS / TYPE OF CARE / TIPO DE ASISTENCIA

.....

.....

.....

.....

Fait à..... Le

Done at / Hecho en Date / Fecha

Cachet et signature du médecin :  
Identification and signature of the Doctor / identificación y firma del médico

### • TYPE D'APPAREILLAGE / TYPE OF APPLIANCES / TIPO DE APARATOS

.....

.....

.....

.....

Fait à..... Le

Done at / Hecho en Date / Fecha

Cachet et signature du médecin :  
Identification and signature of the Doctor / identificación y firma del médico

<sup>1</sup> Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende 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.