

AUTORISATION DE TRANSFERT D'UN DOSSIER MÉDICAL

PRISE EN CHARGE À 100 %

Vous venez d'adhérer à la CFE et vous ou l'un de vos ayants droit bénéficiez, par le biais de votre précédent régime de protection sociale, d'une prise en charge à 100 %.

Afin de faciliter le traitement de votre dossier, veuillez compléter le questionnaire ci-dessous :

• RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

Nom : Prénoms :

Numéro de sécurité sociale

Ancienne adresse :

.....

• RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE DES SOINS

Nom : Prénoms :

Date de naissance :

Prise en charge à 100 % : du au

• RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ORGANISME DE SÉCURITÉ SOCIALE AYANT ACCEPTÉ LA PRISE EN CHARGE À 100 %

Nom :

Adresse :

pris en charge sous le numéro de sécurité sociale

• RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE(S) PRATICIEN(S) AYANT SUIVI LE PATIENT EN FRANCE OU À L'ÉTRANGER

Nom(s) et adresse(s) :

.....

.....

.....

J'autorise le service médical de mon ancienne caisse de sécurité sociale à transférer le dossier médical du bénéficiaire désigné ci-dessus au profit du médecin conseil de la Caisse des Français de l'Étranger.

 **Pièce à joindre : Justificatif établi par votre ancienne caisse de sécurité sociale**

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.