

## PARTIE RÉSERVÉE À L'HOSPITALISATION

### À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

Je soussigné(e) .....  
atteste sur l'honneur avoir réglé directement la somme globale de .....  
pour l'hospitalisation du ..... au ..... en service(s) .....  
concernant ..... (préciser le bénéficiaire).  
Montant éventuellement perçu d'un organisme d'assurance local (joindre justificatifs)

Ce règlement correspond au montant  total  partiel des frais d'hospitalisation.

**Je joins à l'appui de ma demande les originaux des factures détaillées et acquittées par l'établissement et les différents intervenants.**

Fait à ..... le .....

Signature de l'assuré(e) :

### PARTIE RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT

Le Directeur de l'Établissement certifie avoir reçu  
*The Director of the Establishment certifies having received / El Director del Centro Hospitalario certifica que ha recibido / Der Direktor des Krankenhauses bestätigt den Erhalt*

- La somme globale de .....  
*The total sum of / La suma global de / der Gesamtsumme von*

- De la part de Mr - Mme - Melle .....  
*From Mr - Mrs - Miss / Por parte de don - doña - señorita / von Herr - Frau*

En règlement des frais d'hospitalisation du bénéficiaire ci-dessous désigné  
*As payment for the hospitalization costs of / Como pago por los gastos de hospitalización de / in Bezahlung der Krankenhauskosten von*

Nom, prénom, âge de la personne hospitalisée .....  
*Name, forename and age of the person hospitalized / Apellidos, nombre y edad de la persona hospitalizada / Name, Vorname, Alter der behandelten Person*

Règlement, Payment / Pago / Bezahlung  Total Total / Total / Gesamt  Partiel, Partial / Parcial / Teilweise

Date d'entrée       Date de sortie

*Date of admission / Fecha de entrada / Einweisungsdatum* *Date of discharge / Fecha de salida / Entlassungsdatum*

Service(s) .....  
*Department(s) / Servicio(s) / Abteilung(en)*

Fait à ..... le .....  
*Done at / En / Ausgefertigt in* *on / el / am*

#### Signature du Directeur de l'Établissement ou de son représentant

*Signature of the Director of the Establishment or of his representative*  
*Firma del Director del Centro Hospitalario o de su representante*  
*Unterschrift des Krankenhausedirektors oder seines Vertreters*

#### Cachet de l'Établissement

*Stamp of the Establishment*  
*Sello del Centro Hospitalario*  
*Stempel des Krankenhauses*



Sécurité sociale  
Caisse des Français de l'Étranger

## FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

ÉTAT DÉCLARATIF réservé à l'usage exclusif des adhérents de la CFE  
et à ne pas utiliser pour les soins reçus en France

### CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

- Dans tous les cas, complétez cette première page. Utilisez une feuille de soins par malade.
- Pour les demandes de remboursement de frais médicaux, veuillez renseigner la partie 2 avec le maximum de précisions. Reportez si possible le numéro de document sur chaque facture correspondante.
- Pour les hospitalisations, faites compléter la page 3 par l'établissement et n'omettez pas de renseigner la partie vous concernant.
- Dans tous les cas, le remboursement de cette feuille est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins et à la présentation des prescriptions médicales comportant les nom et prénom du malade et des factures ORIGINALES détaillées et ACQUITTÉES.

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

#### NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

Nom (en capitales) .....  
Prénom ..... Pays d'expatriation .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance ..... Est-il scolarisé ?  Oui  Non

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

PAYS OÙ ONT ÉTÉ DISPENSÉS LES SOINS .....

Accident causé par un tiers, indiquez la date .....

Accident du travail, indiquez la date .....

Maternité, indiquez la date de la 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.  
En cas de 1<sup>er</sup> paiement ou de modification, joignez un relevé d'identité bancaire ou postal.

*J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.*

La fraude ou fausse déclaration expose à la radiation, la peine d'amende et/ou d'emprisonnement (Articles L766-1-3, L377-1 du code de la Sécurité sociale et 441.1 du code pénal).  
Le remboursement des prestations par l'assurance maladie exige l'enregistrement des données codées relatives aux actes effectués et aux prestations servies. La loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 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.

Signature de l'assuré(e) :

### RENOUVELLEMENT DE FEUILLES DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site)

Pour obtenir des feuilles de soins, indiquez le nombre souhaité : .....



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE SOINS DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

Je soussigné(e) ..... demande à la CFE le remboursement des frais médicaux concernant le bénéficiaire désigné en page 1.

Je joins à la présente demande, pour chaque dépense énumérée ci-dessous, les factures originales détaillées et acquittées, ainsi que les éventuelles prescriptions médicales.

N.B. : les professionnels de santé doivent indiquer les nom et prénom du malade sur ces documents.

DOCUMENT N°	DATE DES SOINS	DESCRIPTION DES SOINS DISPENSÉS <small>Préciser éventuellement le siège des soins et le nombre d'actes en cas de factures globales (ex. massages)</small>	IDENTIFICATION DU PRATICIEN, DU FOURNISSEUR OU DE L'ÉTABLISSEMENT	MONTANT TOTAL PERÇUS EN MONNAIE LOCALE	MONTANT ÉVENTUELLEMENT PRIS EN CHARGE PAR UN ORGANISME LOCAL <small>(joindre justificatifs)</small>	PARTIE RÉSERVÉE À LA CAISSE
1	17/10/2004	Consultation	Docteur MARTINEL Jean	—	—	
2	06/11/2004	Radio du genou gauche	Centre Médical "Les Fleurs"	—	—	
3	08/11/2004	Analyses	Laboratoire DURAND	—	—	
4	du 18/09/2004 au 26/10/2004	12 massages - Région lombarde	Monsieur DUPONTI Robert	—	—	
5	18/10/2004	Médicaments	Pharmacie du Lac	—	—	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

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

LA FRAUDE OU FAUSSE DÉCLARATION EXPOSE À LA RADIATION, LA PEINE D'AMENDE ET/OU D'EMPRISONNEMENT (ARTICLES L766-1-3, L377-1 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET 441.1 DU CODE PÉNAL).

*Date et signature :*