

feuille de soins soins reçus à l'étranger par les travailleurs salariés détachés

(loi 76-1287 du 31.12.76) bénéficiaire des soins et assuré(e)

| • le bénéficiaire des soins (les nom et prénom du patient sont obligatoirement complétés par le professionnel de santé /patient details to be stated by health professionals / identificacion del enfermo a rellenar por el médico) nom, prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'usage*): | | | | | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|--------------------------|---|---|--|--|
| full name, apelli | • | | | | | | | |
| n° d'immatricu | lation | | | Ol | ı date de naissance | | | |
| • l'assuré(e |) (à compléter seul | lement si le bénéficiaire des so | ins n'est pa | s l'assuré(e) |) | | | |
| nom, prénom (| suivi s'il y a lieu du | nom d'usage*) | | | | | | |
| n° d'immatricul | ation | | | 1 + 1 | | | | |
| • adresses | | | | | | | | |
| adresse en France : | | | | | | | | |
| code postal commune | | | | | | | | |
| adresse à l'étrar | nger: | | | | | | | |
| localité : | | | pays: | | | | | |
| • votre employeur en France | | | | | | | | |
| nom et adresse de votre employeur | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| code postal | | commune | | | | | | |
| • les soins que vous avez reçus sont en rapport avec | | | | | | | | |
| une malad | ie une materni | té une affection pour laqu | ielle une pe | nsion frança | ise de guerre est versée | | | |
| un accider | nt du travail - date | nartie exclusivement rés | | | causé par un tiers - date | | | |
| • le médecin (généraliste, spécialiste, radiologue) ou l'établissement identification – details of doctor or institution cachet du prescripteur ou de l'établissement (obligatoire) stamp of medical prescriber or institution(compulsory)/ sello del medico o del centro hospitalario (obligatorio) | | | | | | | | |
| nom, prénom () | full name/apellidos y | nombre): | | | | | | |
| spécialité (specialist/especialidad): | | | | | | | | |
| ou dénomination de l'établissement(or name of institution/o centro hospitalario): | | | | | | | | |
| adresse (address/direccion): | | | | | | | | |
| date des soins | | nature de l'acte uellement le siège des lésions) | lieu de place of lugar de aten | | montant des honoraires perçus – préciser l'unité monétaire | signature du médecin attestant l'exécution et le paiement | | |
| date of service fecha de la | | e (ifnecessary, site of injury) / encia (especificar eventualmente | au cabinet at doctor's | au domicile patient's | total of fees received – state currency /Importe de honorarios percibidos | signature of physician certifying performance and payment of medical | | |
| asistencia | • | tio de laslesiones)) | office /en el consultorio | home / a domicilio | – precisar la unidad monetaria | service / firma del medico que certifica la realizacion y el pago | | |
| | | | | | | realization y et pago | | |
| | | | | | | | | |
| Important : pour toutes les rubriques qui suivent joindre obligatoirement les originaux des prescriptions ainsi que les factures détaillées acquittées | | | | | | | | |
| | acien ou le fournis | | | | | | | |
| | | otion/fecha de la prescripcion) | | | | | | |
| | | ftreatment given/duracion del tratamien | | | | | | |
| importe total pagad signature attestan | do- precisar la unidad mo it le paiement, date de | nétaire(total amount paid-state current onetaria) e délivrance et cachet obligatoire (c sue and affix stamp (or identification)/ | | | | | | |
| firma certificando e | el pago, fecha de expedic | cion y sello obligatorio (oidentificacion |) | | | | | |
| | | matique, aux fichiers et aux liberte ncernant / La loi rend passible d'an | | | | | | |

* Remarque concernant le "nom d'usage" : il s'agit soit du nom de l'époux(se), veuf(ve), divorcé(e) ou du nom de l'autre parent, accolé au nom de naissance.

S 3124a

déclarations. (articles L377.1 du Code de la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal)

| • le laboratoire ou un autre intervenant /laboratory or other parame | dic staff (physiotherapist, nurse,)/laboratorio u | otro técnico sanitario (masajista, enfermera) | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| | partie réservée au laboratoire reserved for laboratory use / parte reservada al laboratorio | partie réservée à un autre intervenant (masseur, infirmière) reserved for paramedic staff use (physiotherapist, nurse.)/parte reservada a otro técnico sanitario | | | | | |
| data da l'andonnanca (L. C | | a orro reenteo santario | | | | | |
| date de l'ordonnance (date of prescription/fecha de la prescripcion) | | | | | | | |
| date de l'acte ou période des soins (date of service or period of service / fecha de asistencia médica – fecha de inicio o finalizacion del tratamiento) | | | | | | | |
| lieu de traitement - préciser : domicile, laboratoire, cabinet / place of service : patient's home, doctor's office, laboratory) / especificar : a domicilio, en el consultorio | | | | | | | |
| préciser la nature et le nombre d'actes ainsi que le siège des soins (please specify the type of service or the number of procedures and the site of injury// | | | | | | | |
| illness)/especificar el tipo y numero de sesiones así como la parte del cuerpo tratada) | | | | | | | |
| montant total réglé- préciser l'unité monétaire (total amount paid - state currency / importe total pagado – precisar la unidad monetaria)l | | | | | | | |
| signature attestant le paiement, et cachet obligatoire (ou identification)/ affix stamp (or other identification) and signature to certify that the fees submitted have been paid / | | | | | | | |
| firma certificando el pago, y sello obligatorio o identificacion) | | | | | | | |
| • l'établissement hospitalier /hospital/nursing home / el centro h | nospitalario | | | | | | |
| le directeur de l'établissement hospitalier certifie que la personne citée dans la rubrique "bénéficiaire des soins" : | | | | | | | |
| the head of the hospital certifies that the person referred to under the section /el director del centro hospitalario certifica que la persona citada en el apara | | | | | | | |
| a bien séjourné dans son établissement pour la période qui suit : / rea residio efectivamente en el hospital que dirige durante el periodo siguiente : | lly stayed in this hospital during the followin | g period / | | | | | |
| date d'entrée /date of admission /fecha de ingreso | date de sortie /date of discharge /fecha | de alta | | | | | |
| service(s) (médecine, chirurgie, etc) /department(s) (medical, surgical, e | tc)) /servicio(s) (medicina, cirurgia) | | | | | | |
| fait à /done at / en : | le/on/a | | | | | | |
| signature du directeur de l'établissement ou de son représentant/ signature of head of hospital or representative / firma del director del centro hospitalario o de su representante | cachet de l'établissement /stamp of | the establishment/sello del centre hospitalario | | | | | |
| attestation sur l'honn | ieur à compléter par l'assuré(e) | | | | | | |
| je soussigné(e) | | | | | | | |
| • pour l'hospitalisation | | | | | | | |
| atteste sur l'honneur avoir réglé directement la somme globale de (préciser l'unité monétaire) : | | | | | | | |
| pour l'hospitalisation du au | | | | | | | |
| de (préciser le bénéficiaire) : | | | | | | | |
| | es frais d'hospitalisation | | | | | | |
| indiquer le montant perçu d'un organisme d'assurance local : | | | | | | | |
| • pour l'ensemble de la feuille de soins atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce do | cument signature | | | | | | |
| fait à le | Signature | | | | | | |
| | eils à l'assuré(e) | | | | | | |
| ne pas utiliser cette feuille pour les soins reçus en France – utilis feuille par bénéficiaire des soins faîtes compléter cette feuille par les professionnels de santé ou l complétez le pavé "bénéficiaire des soins et assuré(e)" (hormis pour une première demande concernant vos ayants droit, joigne pour les enfants de plus de 16 ans, joignez un certificat de scola ADRESSER CETTE FEUILLE DE SOINS À VOTRE ORGANISME D'ASS remboursements: ils sont effectués systématiquement sur votre | '(les) établissement(s) hospitalier(s) le nom du bénéficiaire des soins) ainsi z un justificatif de leur qualité rité BURANCE MALADIE ACCOMPAGNÉE DES l re compte bancaire ou postal. En cas de | i que l'attestation ci-dessus FACTURES ORIGINALES ACQUITTÉES | | | | | |
| de modification de votre compte, joignez obligatoirement un rel renouvellement : pour obtenir l'envoi de nouvelles feuilles de soin | | aité · | | | | | |
| et préciser le lieu où elles doivent être adressées | | | | | | | |
| Vous pouvez également obtenir ces feuilles de soins en les imprir (décret 98.1083 du 2.12.98) | nant à partir des sites Internet <u>www.s</u> | ervice-public.fr et www.cnamts.fr S 3124a | | | | | |