

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

ADHERENT

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____ N° d'assuré : _____

Adresse : _____ Code Postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ Email : _____

(Changement de compte bancaire, merci de joindre un justificatif de vos nouvelles coordonnées bancaires et d'indiquer la devise).

BENEFICIAIRE(S)

Nom	Prénom	Lien avec l'adhérent	Sécurité Sociale ou autre assurance		
			Non <input type="checkbox"/>	Oui, CFE <input type="checkbox"/>	Oui, autre assurance <input type="checkbox"/> , précisez :
			Non <input type="checkbox"/>	Oui, CFE <input type="checkbox"/>	Oui, autre assurance <input type="checkbox"/> , précisez :
			Non <input type="checkbox"/>	Oui, CFE <input type="checkbox"/>	Oui, autre assurance <input type="checkbox"/> , précisez :
			Non <input type="checkbox"/>	Oui, CFE <input type="checkbox"/>	Oui, autre assurance <input type="checkbox"/> , précisez :

SOINS ou FRAIS PHARMACEUTIQUES (utilisez une ligne par note d'honoraires)

N°	Date des soins	Prénom du bénéficiaire	Description des soins	Nature de la maladie / blessure	Montant payé / devise	Praticien / Etablissement
1.	/ /					
2.	/ /					
3.	/ /					
4.	/ /					
5.	/ /					
6.	/ /					
7.	/ /					
8.	/ /					

Si l'un des traitements est consécutif à un accident, merci d'en préciser la nature : de transport du travail autre

Circonstance de l'accident : _____

N° des soins correspondant à cet accident (exemple N° 3, N° 5) : _____ Date et lieu de l'accident : _____

SIGNATURE

Je déclare et certifie que les réponses données sur la présente demande de remboursement sont sincères et véritables Date: ____ / ____ / ____ Signature de l'adhérent : _____

SECTION RESERVEE AU PRATICIEN (cette section du formulaire doit être remplie par le praticien pour tout traitement d'un coût supérieur à 400 € ou 400 US\$)


S'agit-il de soins consécutifs à un accident ? Oui Non Merci de préciser la nature de l'accident : de transport du travail autre

Nature de la maladie / Nature de la blessure : _____

Si cette affection a été traitée antérieurement par vous, veuillez préciser les traitement et dates : _____

Description des soins ou du traitement prescrit	Nom du praticien	Téléphone / Fax / Email	Cachet / Date / Signature

COMMENT ADRESSER VOS DEMANDES DE REMBOURSEMENT → Pour toute demande de renseignement, n'hésitez pas à contacter notre centre de gestion G.S.I.S. au 00 33 (0)1 42 68 81 64

- | | | |
|--|--|---|
| <p>1. Si vous, votre conjoint/concubin ou vos enfants êtes couverts par la Sécurité Sociale (française ou du pays d'expatriation), ou par un autre contrat d'assurance, vous devez d'abord obtenir le remboursement de ces organismes, avant de nous présenter votre demande de remboursement. Adressez-nous alors ce formulaire avec une copie de toutes les notes d'honoraires correspondantes, ainsi que l'original du décompte de remboursement du premier organisme.
Si vous êtes adhérent à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE), vous devez remplir les feuilles de soins CFE et non ce formulaire. Elles sont disponibles sur le site www.cfe.fr. Pour faciliter vos démarches, nous nous coordonnons avec la CFE. Envoyez-nous directement les feuilles de soins CFE remplies et accompagnées des originaux des justificatifs. Nous effectuerons un règlement unique (cumulant celui de la CFE et le nôtre).</p> | <p>2. Ce formulaire, rempli entièrement, doit nous parvenir dans les 12 mois qui suivent la date des soins, accompagné des originaux d'ordonnance, note d'honoraires et factures.
Les notes d'honoraires et factures doivent être acquittées, mentionner le nom, prénom du patient, la date des soins, la description détaillée des actes, les dépenses pour chaque catégorie d'actes, et les coordonnées du praticien. Les reçus de caisse qui ne font pas apparaître ces informations ne sont pas acceptés. Pour les soins délivrés en France, vous devez nous fournir les feuilles de soins Sécurité Sociale.</p> <p>3. Pour les actes en série, l'ordonnance doit indiquer la durée du traitement ou le nombre d'actes. Une copie de l'ordonnance doit nous être adressée à chaque demande de remboursement. Les ordonnances doivent être renouvelées tous les 6 mois.</p> | <p>4. La section réservée au praticien de cette demande de remboursement devra être obligatoirement remplie par votre médecin traitant pour tout traitement d'un coût supérieur à 400 € ou 400 US\$.</p> <p>5. Regroupez vos demandes de remboursement de façon à éviter des remboursements de faible montant. Prenez la précaution de faire des photocopies de tous les documents avant de nous envoyer les originaux à l'adresse suivante :</p> <p> Gras Savoye International Services
TSA 16543
92206 Neuilly-sur-Seine Cedex</p> |
|--|--|---|