

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 / *identificación del enfermo a rellenar por el médico*)

nom, prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'usage*) :
full name, apellidos y nombre :

n° d'immatriculation _____ ou date de naissance _____

- l'assuré(e) (à compléter seulement si le bénéficiaire des soins n'est pas l'assuré(e))**

nom, prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'usage*)

n° d'immatriculation _____

adresses

adresse en France :

code postal _____ commune _____

adresse à l'étranger :

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 maladie une maternité une affection pour laquelle une pension française de guerre est versée

un accident du travail - date _____ un accident causé par un tiers - date _____

partie exclusivement réservée à l'usage des professionnels de santé

part to be filled only by G.P., specialists (radiologists) or relevant institution – parte reservada al medico, especialista (radiologo...) o centro hospitalario

le médecin (généraliste, spécialiste, radiologue..) ou l'établissement

identification – details of doctor or institution
identificación del medico o del centro hospitalario

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 <i>date of service fecha de la asistencia</i>	nature de l'acte <i>(préciser éventuellement le siège des lésions)</i> <i>type of service (if necessary, site of injury) / tipo de asistencia (especificar eventualmente el sitio de las lesiones)</i>	place of service/ <i>lugar de atención médica</i>		montant des honoraires perçus – préciser l'unité monétaire <i>total of fees received – state currency /Importe de honorarios percibidos – precisar la unidad monetaria</i>	signature du médecin attestant l'exécution et le paiement <i>signature of physician certifying performance and payment of medical service / firma del medico que certifica la realización y el pago</i>
		<i>at doctor's office /en el consultorio</i>	<i>patient's home / a domicilio</i>		

Important : pour toutes les rubriques qui suivent joindre obligatoirement les originaux des prescriptions ainsi que les factures détaillées acquittées le pharmacien ou le fournisseur

<i>durée du traitement délivré (duration of treatment given/duración del tratamiento)</i>	
<i>montant total réglé-préciser l'unité monétaire (total amount paid-state currency./ importe total pagado- precisar la unidad monetaria)</i>	
<i>signature attestant le paiement, date de délivrance et cachet obligatoire (ou identification) / please sign, state date of issue and affix stamp (or identification) / firma certificando el pago, fecha de expedición y sello obligatorio (o identificación)</i>	

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant / La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (articles L377.1 du Code de la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal)

* 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.

