



n° 11790\*01

# 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 :

- vo**tre 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</i> fecha de la asistencia	nature de l'acte <i>(préciser éventuellement le siège des lésions)</i> type of service (if necessary, site of injury) / tipo de asistencia (especificar eventualmente el sitio de las lesiones)	lieu des soins <i>place of service / lugar de atención médica</i>		montant des honoraires perçus - préciser l'unité monétaire <i>total of fees received - state currency / Importe de honorarios percibidos</i> - préciser la unidad monetaria	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 realizacion y el pago</i>
		au cabinet <i>at doctor's office / en el consultorio</i>	au domicile <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**

date de l'ordonnance (date of prescription/fecha de la prescripción)

durée du traitement délivré (duration of treatment given/duracion del tratamiento)

montant total réglé-préciser l'unité monétaire (total amount paid-state currency./ importe total pagado- precisar la unidad monetaria)

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)

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)

S 3124a

\* 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.

• **le laboratoire ou un autre intervenant** /laboratory or other paramedic 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

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 finalización 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 asi 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)		
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 identificación)		

• **l'établissement hospitalier** /hospital/nursing home / el centro hospitalario

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 "patient" :

/el director del centro hospitalario certifica que la persona citada en el apartado "enfermo":

a bien séjourné dans son établissement pour la période qui suit : / really stayed in this hospital during the following period /  
residió efectivamente en el hospital que dirige durante el periodo siguiente :

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, etc...) /servicio(s) (medicina, cirugía)			
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'honneur 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) :

ce règlement correspond au montant  total  partiel des 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 document

signature

fait à

le

**conseils à l'assuré(e)**

- ne pas utiliser cette feuille pour les soins reçus en France – utiliser une feuille par prescripteur (médecin, spécialiste) ou établissement et une feuille par bénéficiaire des soins
- faites compléter cette feuille par les professionnels de santé ou l'(les) établissement(s) hospitalier(s)
- complétez le pavé "bénéficiaire des soins et assuré(e)" (**hormis le nom du bénéficiaire des soins**) ainsi que l'attestation ci-dessus
- pour une première demande concernant vos ayants droit, joignez un justificatif de leur qualité
- pour les enfants de plus de 16 ans, joignez un certificat de scolarité
- ADRESSER CETTE FEUILLE DE SOINS À VOTRE ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE ACCOMPAGNÉE DES FACTURES ORIGINALES ACQUITTÉES
- remboursements** : ils sont effectués systématiquement sur votre compte bancaire ou postal. En cas de première demande de remboursement ou de modification de votre compte, joignez obligatoirement un relevé d'identité bancaire

renouvellement : pour obtenir l'envoi de nouvelles feuilles de soins, indiquez ci-contre le nombre souhaité :

et préciser le lieu où elles doivent être adressées

Vous pouvez également obtenir ces feuilles de soins en les imprimant à partir des sites Internet [www.service-public.fr](http://www.service-public.fr) et [www.cnamts.fr](http://www.cnamts.fr)

(décret 98.1083 du 2.12.98)