

Demande de Remboursement de Soins Médicaux

· Renseignements Obligatoires

<p>Nom : Prénoms : Numéro d'adhérent :</p>

· Renseignements Facultatifs

<p>Adresse : <input type="checkbox"/> 1er virement sur un compte en France (joindre un RIB) <input type="checkbox"/> Chèque (en £ si USA seulement)</p>
--

· Liste des Soins à remboursés

Bénéficiaires	dates	Type *	Montant de dépenses acquittées **
TOTAL			

* Types de soins :
 - Honoraires (consultations, visites)
 - Examens, analyses et soins.
 - Médicaments (prescrits par un médecin. Joindre le sticker)
 - Kinésithérapie (joindre accord préalable)
 - Soins dentaires (facture avec dessin des dents)
 - Prothèse dentaire (joindre accord préalable)
 - Optique (facture détaillée)
 ** A l'étranger : Joindre les originaux des factures et ordonnance en indiquant la monnaie locale
 En France : Joindre les feuilles de soins, ordonnances et vignettes pharmaceutiques.

**Je soussigné, M,
 certifie sur l'honneur avoir réglé les divers soins pratiqués ci-dessus
 et ne pas bénéficier, ni mon conjoint, ni mes enfants à charge,
 de prestations complémentaires par d'autres organismes.**

A _____ le _____ Signature _____