



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 :

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

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/duración 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.

