



## REMBOURSEMENT DES FRAIS POUR SOINS MÉDICAUX À L'ÉTRANGER.

N° d'affiliation :

Nom et prénom :

Date de naissance : ...../...../.....

Pays de séjour : .....

### Soins urgents lors d'un séjour temporaire

Date(s) des soins : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... (joindre prescriptions pour soins de kinésithérapie, soins infirmiers, analyses, etc.)

Date hospitalisation : du ...../...../..... au ...../...../..... (joindre rapport médical)

**Concerne les pays de l'Espace Economique Européen (à l'exception du Royaume-Uni à partir de janvier 2021) et la Suisse, l'Algérie, la Turquie, la République de Macédoine du Nord, la Bosnie, la Serbie, le Monténégro, le Maroc, l'Albanie et la Tunisie (à partir du 01/05/2017).**

Je soussigné(e) ..... (nom/prénom du titulaire du compte mutualiste),  **marque**

**ne marque pas** mon accord pour un remboursement forfaitaire des soins si le montant ne dépasse pas 200 EUR.

Date : ...../...../..... Signature du titulaire : .....

### Soins planifiés

**sans accord préalable – soins ambulants (joindre prescriptions pour soins de kinésithérapie, soins infirmiers, analyses, etc.)**

**avec accord préalable - hospitalisation (joindre facture)**

Hospitalisation : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Remarque(s) :

Annexe(s) :