

AMERIQUE DU NORD & DU SUD
Suite 1100, 940 - 6th Avenue SW
Calgary AB, T2P 3T1
CANADA
Tel : +1 403 539 6134
Fax : +1 403 265 9425
adminamerica@euroben.com

EUROPE & AFRIQUE
82 rue Villeneuve
92587 Clichy cedex
FRANCE
Tel : +33 (0)1 42 81 97 00
Fax : +33 (0)1 42 81 99 03
admin@euroben.com

MOYEN-ORIENT & ASIE
Suite 2, Level 5, Gate Precinct Building 4
DIFC, PO Box 506537
Dubai - UNITED ARAB EMIRATES
Tel : +971 4 365 1303
Fax : +971 4 363 7327
adminmea@euroben.com

Demande de remboursement de frais de santé

Section A • Le salarié

Nom	Prénom	Date de naissance	N° d'adhérent
Adresse			
Code Postal	Ville	Pays	
Téléphone	Fax	E-mail	Employeur

Méthode de remboursement : Chèque Virement / Devise : _____ (Si vous avez récemment changé de compte bancaire, merci de joindre un nouveau justificatif).

Section B • Le ou les bénéficiaire(s) des soins

Nom et prénom	Lien avec le salarié	Rattachement à la Sécurité Sociale ou à une autre assurance
		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez laquelle :
		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez laquelle :
		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez laquelle :
		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, précisez laquelle :

Section C • Les soins ou produits médicaux (utilisez une ligne par note d'honoraires)

Date des soins	Prénom du bénéficiaire des soins	Description des soins, services, produits médicaux ou dentaires	Nature de la maladie ou de la blessure	Montant réglé et devise	Praticien / établissement
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

9.				
10.				
11.				
12.				

Si l'un des traitements est consécutif à un accident, merci d'en préciser la nature

de transport

du travail

autre

Circonstances de l'accident

N° des soins correspondant à cet accident (exemple 2, 5, 6)

Date et lieu de l'accident

Section D • Signature

Je certifie que les réponses données sur le présent formulaire sont sincères et véritables.

Date

Signature du salarié

Pour toute dépense supérieure à 400 € ou 400 US\$, veuillez joindre tout document rempli par les prestataires médicaux montrant le détail des soins, la nature de la maladie ou blessure, le type de traitement prescrit. A défaut, nous vous réclamerions des pièces complémentaires, ce qui allongera le délai de remboursement des dépenses engagées.

Comment présenter vos demandes de remboursement ?

1. Si vous-même, votre conjoint ou vos enfants êtes couverts par la Sécurité Sociale (française ou du pays d'expatriation), ou par un autre contrat d'assurance, vous devez d'abord obtenir le remboursement de ces organismes, avant de nous présenter votre demande. Adressez-nous alors ce formulaire avec une copie de toutes les notes d'honoraires correspondantes, ainsi que l'**original du décompte de remboursement du premier organisme**.

Si vous êtes adhérent à la Caisse des Français de l'Etranger (CFE), vous devez remplir les feuilles de soins de la CFE et non ce formulaire. Elles sont disponibles sur le site www.cfe.fr. Pour faciliter vos démarches, nous nous coordonnons avec la CFE. Envoyez-nous directement les feuilles de soins CFE remplies et accompagnées des originaux des justificatifs. Nous effectuerons un règlement unique (cumulant celui de la CFE et le nôtre).

2. Ce formulaire, rempli entièrement, doit nous parvenir dans les 12 mois qui suivent la date des soins, **accompagné des originaux d'ordonnance, notes d'honoraires et factures**.

Les notes d'honoraires et factures doivent être acquittées, mentionner le nom et prénom du patient, la date des soins, la description détaillée des actes, les dépenses pour chaque catégorie d'actes, et les coordonnées du praticien. Les reçus de caisse qui ne font pas apparaître ces informations ne sont pas acceptés. **Pour les soins délivrés en France**, vous devez nous fournir les feuilles de soins de Sécurité Sociale et les vignettes pour les médicaments.

3. Pour les actes en série, l'ordonnance doit indiquer la durée du traitement ou le nombre d'actes. Une copie de l'ordonnance doit nous être adressée à chaque demande de remboursement. Les ordonnances doivent être renouvelées tous les 6 mois.

4. Groupez vos demandes de façon à éviter des remboursements de faible montant. Prenez la précaution de faire des photocopies de tous les documents avant de nous adresser **les originaux**.

**Envoyez-nous vos dossiers au centre de gestion
European Benefits Administrators
correspondant à votre zone géographique
(voir les adresses en page 1).**