

PARTIE RÉSERVÉE À L'USAGE EXCLUSIF DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

SECTION RESERVED SOLELY FOR THE USE OF HEALTH PROFESSIONALS / PARTE RESERVADA PARA USO EXCLUSIVO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN, AU SPÉCIALISTE (radiologue, etc.) OU À L'ÉTABLISSEMENT

SECTION RESERVED FOR THE DOCTOR, THE SPECIALIST (radiologist, etc.) OR THE ESTABLISHMENT / PARTE RESERVADA AL MEDICO, EL ESPECIALISTA (radiólogo, etc.) O EL CENTRO HOSPITALARIO

<p align="center">IDENTIFICATION DU MÉDECIN OU DE L'ÉTABLISSEMENT</p> <p align="center"><small>Identification of the doctor or the institution Identificación del médico o del centro hospitalario</small></p> <p>NOM (Name / Apellidos) :</p> <p>ADRESSE (Address / Dirección) :</p> <p>.....</p> <p>SPÉCIALITÉ (Speciality / Especialidad) :</p>	<p align="center">CACHET DU MÉDECIN OU DE L'ÉTABLISSEMENT OBLIGATOIRE</p> <p align="center"><small>Obligatory stamp of the doctor or the institution Sello del médico o del centro hospitalario, obligatorio</small></p>			
<p>IDENTITÉ DU MALADE à remplir obligatoirement par le praticien (Identity of the patient to be filled in by practitioner in all cases / Identificación del enfermo a rellenar por el médico en todos casos)</p> <p>NOM (Name / Apellidos) : PRÉNOM (Forename, Nombre) : ÂGE (Age/Edad) :</p>				
<p>DATE DES SOINS</p> <p align="center"><small>Date of cure Fecha de la asistencia</small></p>	<p align="center">NATURE DE L'ACTE</p> <p align="center">(Préciser éventuellement le siège des soins)</p> <p align="center"><small>Nature of medical attention (If necessary, specify point of body to be treated) Naturaleza de la intervención médica (Préciser eventualmente el lugar de atención médica)</small></p>	<p>LIEU DES SOINS</p> <p align="center"><small>Place where attended to Lugar de atención médica</small></p>	<p>MONTANT HONORAIRES PERÇUS EN MONNAIE LOCALE</p> <p align="center"><small>Total of fees received in local currency Importe de honorarios percibidos en moneda local</small></p>	<p align="center">SIGNATURE DU MÉDECIN ATTESTANT L'EXÉCUTION ET LE PAIEMENT</p> <p align="center"><small>Signature of doctor confirming provision of medical attention and payment Firma del médico que certifica la realización y el pago</small></p>
<p>AU CABINET <small>At the consulting room / En la consulta</small></p>		<p>AU DOMICILE <small>At home Al domicilio</small></p>		

PARTIE RÉSERVÉE AU PHARMACIEN OU AU FOURNISSEUR (Joindre impérativement les prescriptions et les factures détaillées acquittées)

SECTION RESERVED FOR THE CHEMIST OR SUPPLIER (The prescriptions and itemized bills paid must be attached)
PARTE RESERVADA AL FARMACEUTICO O SUMINISTRADOR (Deberán adjuntarse obligatoriamente las recetas y las facturas detalladas pagadas)

<p>NOM - PRÉNOM du malade</p> <p align="center"><small>Name-Forename of patient Apellidos - Nombre del enfermo</small></p>		
<p>DATE DE L'ORDONNANCE</p> <p align="center"><small>Date of prescription / Fecha de la prescripción</small></p>		
<p>DURÉE DU TRAITEMENT DÉLIVRÉ</p> <p align="center"><small>Duration of treatment given / Duración del tratamiento indicado</small></p>		
<p>MONTANT TOTAL RÉGLÉ EN MONNAIE LOCALE</p> <p align="center"><small>Total amount paid in local currency Importe total pagado en moneda local</small></p>		
<p>SIGNATURE ATTESTANT LE PAIEMENT, DATE DE DÉLIVRANCE ET CACHET OBLIGATOIRE (OU IDENTIFICATION)</p> <p align="center"><small>Signature confirming payment, date of issue and obligatory stamp (or identification) Firma certificando el pago, fecha de expedición y sello obligatorio (o identificación)</small></p>		

PARTIE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE

Section reserved for laboratory
Parte reservada al laboratorio

PARTIE RÉSERVÉE À UN AUTRE INTERVENANT (Masseur, infirmière...)

Section reserved for other people involved (Masseur, nurse...)
Parte reservada a otro interviniente (Masajista, enfermera...)

N'oubliez pas de joindre systématiquement les originaux des prescriptions médicales et des factures détaillées et acquittées

<p>NOM du malade :</p> <p align="center"><small>Name of patient / Apellidos del enfermo</small></p> <p>Prénom :</p> <p align="center"><small>Forename / Nombre</small></p> <p>Analyses prescrites le :</p> <p align="center"><small>Tests ordered on / Análisis prescritos el</small></p>	<p>NOM du malade :</p> <p align="center"><small>Name of patient / Apellidos del enfermo</small></p> <p>Prénom :</p> <p align="center"><small>Forename / Nombre</small></p> <p>Traitement prescrit le :</p> <p align="center"><small>Treatment prescribed on / Tratamiento recetado el</small></p>
<p align="center">Date d'exécution des actes</p> <p align="center"><small>Date procedures carried out / Fecha de realización</small></p> <p align="center">□ □ □ □ □ □</p>	<p>Date de début du traitement Date de fin du traitement</p> <p align="center"><small>Date of start of treatment Date of end of treatment Fecha de inicio del tratamiento Fecha de finalización del tratamiento</small></p> <p align="center">□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □</p>
<p>PRÉCISER NATURE ET NOMBRE D'ACTES, SIÈGE DES SOINS, LIEU DE TRAITEMENT</p> <p align="center"><small>Specify nature and number of treatments, point of body treated and place of treatment Precisar la naturaleza y número de sesiones, lugar de atención médica, lugar de tratamiento</small></p>	
<p>HONORAIRES PERÇUS EN MONNAIE LOCALE</p> <p align="center"><small>Fees received in local currency Honorarios percibidos en moneda local</small></p>	
<p>CACHET OBLIGATOIRE ET SIGNATURE ATTESTANT LE PAIEMENT</p> <p align="center"><small>Stamp of professional and signature confirming payment Sello profesional y firma que certifica el pago</small></p>	

PARTIE RÉSERVÉE À L'HOSPITALISATION

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

Je soussigné(e)
atteste sur l'honneur avoir réglé directement la somme globale de
pour l'hospitalisation du au en service(s) (préciser le bénéficiaire).
concernant
Montant éventuellement perçu d'un organisme d'assurance local :

Ce règlement correspond au montant total des frais d'hospitalisation.

partiel

Je joins à l'appui de ma demande les originaux des factures détaillées et acquittées par l'établissement et les différents intervenants.

Fait à le SIGNATURE :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT

Le Directeur de l'Établissement certifie avoir reçu
The Director of the Establishment certifies having received / El Director del Centro Hospitalario certifica que ha recibido

- La somme globale de
The total sum of / La suma global de

- De la part de M. - Mme - Melle
From Mr - Mrs - Miss / Por parte de don - doña - señorita

En règlement des frais d'hospitalisation du bénéficiaire ci-dessous désigné :
As payment for the hospitalization costs of / Como pago por los gastos de hospitalización de

Nom, Prénom, âge de la personne hospitalisée
Name, Forename and age of the person hospitalized / Apellidos, nombre y edad de la persona hospitalizada

Règlement, Payment / Pago : TOTAL Total / Total PARTIEL Partial / Parcial

Date d'entrée
Date of admission / Fecha de entrada

Date de sortie
Date of discharge / Fecha de salida

Service(s) :
Department(s) / Servicio(s)

Fait à le on / e /
Department(s) / Servicio(s)

Signature du Directeur de l'Établissement
ou de son représentant
Signature of the Director of the Establishment or of his representative
Firma del Centro Hospitalario o e su representante

Cachet de l'Établissement
Stamp of the Establishment
Sello del Centro Hospitalario

3



Mutuelle Familiale France et Outre-Mer
Soumise aux dispositions du livre I du code de la Mutualité
Approuvée par arrêté du préfet de la région Île de France
en date du 23 avril 2003

18 RUE LÉON JOUHAUX
75483 PARIS CÉDEX 10
Tél. : 01.48.03.35.00 - Fax : 01.42.08.40.80
Internet : www.webexpat.com/mffom

" PARTIE RÉSERVÉE
À LA MFFOM "

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À L'ÉTRANGER NE PAS UTILISER POUR LES SOINS REÇUS EN FRANCE

CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

Dans tous les cas, complétez cette première page.
La page 2 est réservée aux professionnels de santé.

Utilisez une feuille de soins par médecin ou établissement et par malade.
Pour les hospitalisations, faites compléter la page 3 par l'établissement et n'omettez pas de renseigner la partie vous concernant.

Dans tous les cas, le remboursement de cette feuille est subordonné à :

- L'acquit de vos cotisations à la date des soins
- La présentation des prescriptions médicales comportant les nom et prénom du malade et des factures ORIGINALES détaillées et ACQUITTÉES.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO D'ADHÉRENT CATÉGORIE

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

Nom (en capitales d'imprimerie) :

Prénoms :

Adresse :

Employeur :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Lien avec l'adhérent : Conjoint (1) Enfant Autre membre de la famille

(1) Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ? Oui Non

Si oui, laquelle :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS

S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT ? Oui Non Indiquez la date :

ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS, Oui Non Indiquez la date :

MATERNITÉ, Oui Non Indiquez la date de conception :

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.
En cas de 1^{er} paiement ou de modification, joignez un relevé d'identité bancaire ou postal.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Signature de l'adhérent ou de son représentant



1