



Votre correspondant :

Tél. :

N° d'inscription :

DEMANDE D'INTERVENTION POUR SOINS REÇUS À L'ÉTRANGER

1. Identification du bénéficiaire (compléter ci-dessous ou apposer une vignette orange)

Nom :

Prénom :

Numéro national :

2. Informations relatives au séjour

- Pays :

- Durée : du / / au / /

- Raison du séjour : Vacances Etudes Voyage d'affaires Soins programmés

Autre (à préciser) :

3. Informations relatives aux soins

- Les soins ont été dispensés du / / au / /

à (localité)

- Description des circonstances qui ont justifié les soins :

.....

.....

.....

.....

.....

- Avez-vous été hospitalisé? OUI NON

- S'agit-il d'un accident? OUI NON

Si OUI :

- une tierce personne est-elle impliquée dans l'accident? OUI NON

- avez-vous déjà complété une déclaration d'accident auprès de la CAAMI? OUI NON

- Avez-vous obtenu une autorisation de votre médecin-conseil pour pouvoir aller vous faire soigner à l'étranger ou aller en voyage en tant que titulaire en incapacité de travail? OUI NON

Si OUI : - Nom du médecin-conseil :

- Date de l'autorisation : / /

4. Factures

- Montant facturé, en monnaie étrangère :

en euro :

- Les factures sont-elles payées? OUI (joindre **preuve de paiement**) NON

Vous devez également joindre à ce formulaire les factures **originales** ainsi que toute autre pièce utile (prescription(s), vignette(s) de médicament(s), ...).

5. Assurance privée

- Aviez-vous une assurance voyage privée pour ce séjour? OUI NON

Si OUI : Nom de la compagnie :

N° de police :

6. Remboursement

- Si votre dossier le permet, accepteriez-vous d'être remboursé sur base d'un pourcentage (75 %), pour obtenir un remboursement plus rapidement? OUI NON

Date : / /

Signature du bénéficiaire ou de son représentant :

.....