



### 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) : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_



### Modalités de remboursement

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.  
En cas de 1<sup>er</sup> 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

**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 MÉDICO, EL ESPECIALISTA (radiólogo, etc.) O EL CENTRO HOSPITALARIO

<p><b>IDENTIFICATION DU MÉDECIN OU DE L'ÉTABLISSEMENT</b>  <i>Identification of the doctor or the institution</i>  <i>Identificación del médico o del centro hospitalario</i></p> <p>NOM (Name / Apellidos) : _____</p> <p>ADRESSE (Address / Dirección) : _____</p> <p>SPÉCIALITÉ (Speciality / Especialidad) : _____</p>	<p><b>CACHET DU MÉDECIN OU DE L'ÉTABLISSEMENT OBLIGATOIRE</b>  <i>Obligatory stamp of the doctor or the institution</i>  <i>Sello del médico o del centro hospitalario obligatorio</i></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*)

NOM (Name / Apellidos) : \_\_\_\_\_ PRÉNOM (Forename / Nombre) : \_\_\_\_\_ ÂGE (Age / Edad) : \_\_\_\_\_

DATE DES SOINS <i>Date of cure</i> <i>Fecha de la asistencia</i>	NATURE DE L'ACTE (Préciser éventuellement le siège des soins) <i>Nature of medical attention (if necessary, specify point of body to be treated)</i> <i>Naturaleza de la intervención médica (Precisar eventualmente el lugar de atención médica)</i>	LIEU DES SOINS <i>Place where attended to</i> <i>Lugar de atención médica</i>		MONTANT HONORAIRES PERÇUS EN MONNAIE LOCALE <i>Total of fees received in local currency</i> <i>/ Importe de honorarios percibidos en moneda local</i>	SIGNATURE DU MEDECIN ATTESTANT L'EXÉCUTION ET LE PAIEMENT <i>Signature of doctor confirming provision of medical attention and payment / Firma del médico que certifica la realización y el pago</i>
		AU CABINET <i>At the consulting room / En la consulta</i>	AU DOMICILE <i>At home / Al domicilio</i>		

**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 FARMACEUTICO O SUMINISTRADOR (Deberà adjuntarse obligatoriamente las recetas y las facturas detalladas pagadas)

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

**PARTIE RÉSERVÉE AU LABORATOIRE**

*Section reserved for laboratory*  
*Parte reservada al laboratorio*

**PARTIE RÉSERVÉE À UN AUTRE INTERVENANT (masseur, infirmière...)**

*Section reserved for laboratory*  
*Parte reservada al laboratorio*

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

<p><b>NOM du malade</b> _____ <i>Name of patient / Apellidos del enfermo</i></p> <p><b>Prénom :</b> _____ <i>Forename / Nombre</i></p> <p><b>Analyses prescrites le :</b> _____ <i>Tests ordered on / Analisis prescritos el</i></p>	<p><b>NOM du malade</b> _____ <i>Name of patient / Apellidos del enfermo</i></p> <p><b>Prénom :</b> _____ <i>Forename / Nombre</i></p> <p><b>Traitement prescrit le :</b> _____ <i>Treatment prescribed on / Tratamiento recetado el</i></p>
<p><b>Date d'exécution des actes</b> <i>Date procedures carried out / Fecha de realización</i></p> <p>□ □ □ □ □ □</p>	<p><b>Date de début du traitement</b> <i>Date of start of treatment</i> <i>Fecha de inicio del tratamiento</i></p> <p>□ □ □ □ □ □</p> <p><b>Date de fin du traitement</b> <i>Date of end of treatment</i> <i>Fecha de finalización del tratamiento</i></p> <p>□ □ □ □ □ □</p>
<p><b>PRÉCISER NATURE ET NOMBRE D'ACTES, SIÈGE DES SOINS, LIEU DE TRAITEMENT</b> <i>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</i></p>	
<p><b>HONORAIRES PERÇUS EN MONNAIE LOCALE</b> <i>Fees received in local currency / Honorarios percibidos en moneda local</i></p>	
<p><b>CACHET OBLIGATOIRE ET SIGNATURE ATTESTANT LE PAIEMENT</b> <i>Stamp of professional and signature confirming payment / Sello profesional y firma que certifica el pago</i></p>	

## PARTIE RÉSERVÉE À L'HOSPITALISATION

### A 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) \_\_\_\_\_  
concernant \_\_\_\_\_ (préciser le bénéficiaire).

Montant éventuellement perçu d'un organisme d'assurance local

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

*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 - dona - senorita*

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 \_\_\_\_\_  
*Done at / En on / el*

#### Signature du Directeur de l'Etablissement ou de son représentant

*Signature of the Director of the Establishment or of his representative  
Firma del Director del Centro Hospitalario o de su representante*

#### Cachet de l'Etablissement

*Stamp of the Establishment  
Sello del Centro Hospitalario*