UNION EUROPEENNE
Régime commun d'assurance-maladie

Adresse bureau liquidateur

Institution :.....

Adresse administrative (ou de résidence pour les pensionné(e)s

.....
.....
.....
.....
.....
Tel : .....

N° PERSONNEL DE L'AFFILIE(E) :
.....
NOM ET PRENOMS DE L'AFFILIE(E) :
.....

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX

à introduire régulièrement et dans les délais (article 32 de la réglementation)

*** (Ne cocher qu'un seul type (Nor,100,Acc) par demande de remboursement)**

*☒ **REMBOURSEMENT NORMAL** (NOR) (1)
*☐ **REMBOURSEMENT à 100 %** pour MALADIE GRAVE (100) (1): réf.,décision.....fin validité .....
*☐ **ACCIDENT** (ACC) (1) ☐ de l'affilié(e) date de l'accident: .....
☐avec ou ☐sans tiers responsable
☐d'un assuré par le RCAM du chef de l'affilié(e) (uniquement s'il y a tiers responsable)
*☐ **MALADIE PROFESSIONNELLE** (ACC) (1) date:.....

Nature des frais : Consultations,visites Médicaments,etc.	Date des prestations	Nom et prénoms du malade	Montants des frais(2)			Remboursements perçus d'un autre système d'assurances	Réservé au RCAM
			Pays (3)	Devise (4)	Montants		
Total des montants toutes devises confondues	0,00						

Prière de ne pas effectuer de report sur un autre formulaire, chaque demande étant traitée séparément.
Veuillez ne pas laisser d'agrafe dans les documents annexés.

(1) Cocher la case correspondante
(2) Indiquer le montant dans la devise utilisée, la conversion sera faite par le bureau liquidateur
(3) **Veuillez indiquer l'abréviation du pays dans lequel la prestation a été effectuée (AT, BE, BG, CY, CZ, DE, DK, EE, EL, ES, FI, FR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, MT, NL, PL, PT, RO, SE, SI, SK, UK)**
(4) EUR = Euro; CHF = Franc Suisse; JPY = Yen; NOK=Norsk Krone; USD = US Dollar.

Je, soussigné(e), certifie que la présente demande, appuyée des pièces justificatives en annexe, est conforme à la réalité et que les factures ont été acquittées.
(Signature de l'affilié(e))

.....

Fait à ....date : .....

Partie réservée à l'administration

RESET PRINT