Caisse des **F**rançais de l'**E**tranger - B.P.100 - 77950 RUBELLES- FRANCE *CFE/02.2010 - A26*

DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE POUR LES SOINS A L'ETRANGER

(Ne pas utiliser pour les soins reçus en France et pour les prothèses dentaires à l'étranger)

CONSEILS PRATIQUES AUX ADHERENTS

La formalité d'entente préalable pour :
- les actes en série prescrits pour massage, rééducation (kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, rééducation respiratoire)
- certains types d'appareillage (chaussures orthopédiques, appareil auditif, fauteuil roulant, prothèses et orthèses),

n'est pas obligatoire pour les soins reçus à l'étranger.

Cependant, si vous souhaitez connaître la base de remboursement retenue par la CFE pour ces prestations, vous pouvez nous questionner en utilisant ce formulaire.
N'omettez pas de remplir les parties ci-dessous et de faire compléter le verso de l'imprimé par votre praticien. Celui-ci devra apporter un maximum de renseignements (nature et durée du traitement, localisation des soins, nombre de séances et fréquence, etc).
Pour l'appareillage, il est recommandé de joindre un devis du fournisseur.

Vous pouvez aussi nous interroger par Internet : www.cfe.fr rubrique « contactez nous » en joignant la prescription médicale détaillée établie par votre médecin traitant.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHERENT

Numéro de Sécurité sociale : |__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|__| |__|__|__| Clé |__|__|

NOM :.....PRENOMS : .....

PAYS D'EXPATRIATION :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

NOM :.....PRENOMS : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

S'agit-il d'un accident : OUI |__| NON |__|

- Accident causé par un tiers (préciser la date) : |__|__|__|__|__|__|

- Accident du travail (préciser la date) : |__|__|__|__|__|__|

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus
Signature de l'assuré(e)

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN
SECTION RESERVED FOR THE DOCTOR
PARTE RESERVADA AL MEDICO

Nature des soins :
Type of care - Tipo de asistencia

IDENTIFICATION DU MEDECIN (CACHET) Identification of the Doctor (Stamp) Identificacion del medico (Sello)	DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN Date and signature of the Doctor Fecha y firma del medico

Type d'appareillage :
Type of appliances - tipo de aparatos

IDENTIFICATION DU MEDECIN (CACHET) Identification of the Doctor (Stamp) Identificacion del medico (Sello)	DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN Date and signature of the Doctor Fecha y firma del medico

La Caisse des Français de l'Etranger se réserve le droit de procéder à tout moment au contrôle relatif à cette déclaration. Est punie d'amende ou d'emprisonnement toute fausse déclaration (Art. L 114-13 et L766-1-3 du code de la Sécurité sociale, 441-1 du Code Pénal)