



Régime commun d'assurance-maladie

A renvoyer à : Commission européenne
RCAM – Dépistage
1049 Bruxelles
Belgique

N° PERSONNEL / PENSION DE L’AFFILIE(E) : _____ Adresse administrative (ou de résidence pour les pensionné(e)s) : _____

NOM ET PRENOMS DE L’AFFILIE(E) : _____

TELEPHONE : _____

E-MAIL : _____

DEPISTAGE - UNIQUEMENT DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS

Si vous avez déjà demandé votre remboursement en ligne, veuillez ne plus soumettre ces mêmes frais avec ce formulaire papier.

Numéro du programme de dépistage effectué : _____ Nom et prénoms du bénéficiaire : _____

Type de demande: **UNE SEULE DEMANDE PAR TYPE** _____

- REMBOURSEMENT des frais pour les examens de la rubrique - EXAMENS STANDARD du programme de dépistage
- REMBOURSEMENT des frais pour les examens de la rubrique - AJOUTS POSSIBLES du programme de dépistage
- REMBOURSEMENT des frais pour les examens soumis à Autorisation Préalable du programme de dépistage

Date des prestations	Nature des frais : Consultations, examens	Uniquement pour les examens soumis à autorisation préalable : référence de la décision reçue	Montant des frais			Remboursements perçus d'un autre système	Montant perçu d'une assurance privée
			Pays (1)	Devises (2)	Montant		

Montant total :

Veuillez ne pas effectuer de report sur un autre formulaire, chaque demande étant traitée séparément.
Joignez les originaux des pièces justificatives et conservez en une copie.
Veuillez remplir une ligne par facture/reçu.
Veuillez ne pas laisser d'agrafe dans les documents annexés. Utilisez des trombones.

- (1) Veuillez indiquer l'abréviation du pays dans lequel la prestation a été effectuée (AT, BE, BG, CY, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GR, HR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, MT, NL, PL, PT, RO, SE, SI, SK, UK). (A spécifier si différent).
- (2) Indiquez le montant dans la devise utilisée, la conversion sera faite par le bureau liquidateur (EUR, BGN, CHF, CZK, DKK, GBP, HRK, HUF, JPY, LTL, LVL, PLN, SEK, RON, USD). (A spécifier si différent)

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 _____