

## RECOMMANDATIONS INFORMATION

• UTILISER UNE FEUILLE POUR CHAQUE PRATICIEN OU ÉTABLISSEMENT

*Use a separate sheet for each physician or facility*

• LA PAGE 1 EST A REMPLIR ET A SIGNER PAR L'ASSURÉ

*Fill in and sign the page 1*

• LES PAGES 2 ET 3 SONT A REMPLIR PAR LE MÉDECIN, L'ÉTABLISSEMENT, LE PHARMACIEN, L'OPTICIEN...

*Pages 2 and 3 : to be filled in by the physician or facilities*

• JOINDRE TOUT JUSTIFICATIF OU FACTURE REMIS PAR LE MÉDECIN, L'ÉTABLISSEMENT...

*Join all the supporting invoices given by the physician, the facilities*

• LES ASSURÉS BÉNÉFICIAIRE DU RÉGIME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU DE TOUT AUTRE RÉGIME DOIVENT SE FAIRE REMBOURSER D'ABORD PAR CET ORGANISME ET NOUS ADRESSER ENSUITE LES DÉCOMPTES POUR UN RÈGLEMENT COMPLÉMENTAIRE.

*Any insured covered by Social Security or any other primary health plans must submit claims first to this plan. Once the insured has been reimbursed by Social Security or any other primary health, all relevant documents including receipts of payment must be sent to the following address :*

### Aon France

Service Gestion Expatriés - Frais de Santé

28, allée de Bellevue  
16918 Angoulême Cedex 9  
Fax 33.5.45.38.30.82

Pour tous renseignements téléphoner au :  
For all information call :

33 820 222 122



Protection sociale & Actuariat

Service Gestion Expatriés  
Frais de Santé

28, allée de Bellevue  
16918 Angoulême cedex 9  
Tél. : 33 820 222 122  
N° Siret : 414 572 248 00162

### SOINS DISPENSÉS À L'ÉTRANGER (1) CARES ABROAD (1)

NUMÉRO D'IMMATRICULATION A LA SÉCURITÉ SOCIALE NATIONALE \_\_\_\_\_  
*Registering number to the national Social Security*

NOM DE L'ASSURÉ : \_\_\_\_\_  
*Name of the insured*

PRÉNOM DE L'ASSURÉ : \_\_\_\_\_ NÉ(E) LE : \_\_\_\_\_  
*First name of the insured Date of birth*

ADRESSE : N° \_\_\_\_\_ RUE \_\_\_\_\_  
*Address N° Street*

LOCALITÉ : \_\_\_\_\_ PAYS : \_\_\_\_\_  
*Town Country*

NOM ET ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_  
*Name and address of your employer*

Etes-vous en activité :  OUI  NON  
*Are you working Yes No*

- Date de début de contrat de travail : \_\_\_\_\_  
*Effective date of your contract*

- Date de fin de contrat de travail : \_\_\_\_\_  
*Expiring date of your contract*

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE INFORMATION ABOUT THE PATIENT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
*Name First name*

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
*Date of birth*

ASSURÉ  CONJOINT  ENFANT  CONCUBIN/PACSE  
*Insured Spouse Child Cohabitant/Pacs*

S'agit-il d'un accident de travail :  OUI  NON  
*Is it an occupational accident Yes No*

### MODE DE RÈGLEMENT METHOD OF PAYMENT

Chèque bancaire  Virement postal ou bancaire  
*Check Postal or Bank wire transfer*

EN CAS DE PREMIER RÈGLEMENT, JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE.  
*IN CASE OF FIRST PAYMENT, PLEASE JOIN A BANK ACCOUNT NUMBER*

Pays où sont dispensés les soins : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
*Country where the medical care has been given*

SIGNATURE

(1) Pour les soins dispensés en France, utiliser les feuilles de soins délivrées par le médecin.  
(voir recommandations page 4)  
*For the medical care provided in France, use the claim form issued by the doctor (see page 4).*

**PARTIE RÉSERVÉE AU PRATICIEN TRAITANT**

Il est préférable d'utiliser une feuille par praticien et par malade

**PART RESERVED TO ATTENDING PHYSICIAN**

It is preferable to use a separate sheet for each practitioner and each patient

**PARTE RESERVADA AL MEDICO DE CABECERA**

Es preferible utilizar una hoja para cada médico y por enfermo

Marquez d'une croix la case exacte <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MÉDECIN SPÉCIALITÉ _____ NOM _____ <input type="checkbox"/> AUTRE, A PRÉCISER _____ _____ NOM _____ LIEU DU TRAITEMENT <input type="checkbox"/> AU CABINET <input type="checkbox"/> AU DOMICILE	Put a cross in the correct square <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PHYSICIAN SPECIALTY _____ NAME _____ <input type="checkbox"/> OTHER, TO BE SPECIFIED _____ _____ NAME _____ PLACE OF TREATMENT <input type="checkbox"/> AT OFFICE <input type="checkbox"/> AT RESIDENCE	Señalase con una cruz la casilla correspondiente <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MÉDICO ESPECIALIDAD _____ DENOMINACIÓN _____ <input type="checkbox"/> OTRO, A PRECISAR _____ _____ DENOMINACIÓN _____ LUGAR DEL TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> AL DESPACHO <input type="checkbox"/> AL DOMICILIO
--	---	---

*Pour tous les actes, joindre la note d'honoraires correspondante.*

*For all treatment, attach the corresponding statement of fees.*

*Para todos los actos, adjuntar la minuta de honorarios correspondiente.*

Examen ou traitement Examination or treatment Reconocimiento o tratamiento	Préciser la nature des examens ou des soins Specify the type of examination or attendance Precisar el tipo de los exámenes o de la asistencia	Date des soins Date of care Fecha de la asistencia	Montant payé - Monnaie locale Amount paid - Legal currency Importe pagado - Moneda nacional	Signature et cachet du praticien Physician's stamp and signature Firma y sello del medico
<input type="checkbox"/> CONSULTATION MÉDICALE MEDICAL VISIT CONSULTA MEDICA	Repos nécessaire Necessary rest Reposo necesario	Nombre de jours : Number of days : Numero de dias :	A compter du : From : A contar del :	
<input type="checkbox"/> EXAMEN RADIOLOGIQUE RADIOLOGICAL EXAMINATION ESTUDIO RADIOLOGICO				
<input type="checkbox"/> EXAMEN DE LABORATOIRE LABORATORY TESTS ANALISIS DE LABORATORIO				
<input type="checkbox"/> PIQURES - MESSAGES INJECTIONS - MESSAGES INYECCIONES - MASAJES		Quantité : Quantity : Cantidad :		
<input type="checkbox"/> ACTES DE CHIRURGIE SURGICAL TREATMENT ACTOS DE CIRURGIA		Quantité : Quantity : Cantidad :		
<input type="checkbox"/> SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES <i>(joindre note d'honoraires détaillée)</i> CARE AND DENTAL PROSTHESIS <i>(attach a detailed statement of fees)</i> ASISTENCIA Y PROTESIS DENTALES <i>(adjuntar la minuta de honorarios detallada)</i>	Soins Care Asistencia Prothèse - Nombre de dents traitées : Prothesis - Number of teeth involved : Protesis - Número de dientes tratados :			
<input type="checkbox"/> PHARMACIE, OPTIQUE, AUTRES CAS <i>(joindre facture détaillée, acquittée et la prescription)</i> PHARMACY, EYE, OTHER CASES <i>(attach a detailed paid invoice and the prescription)</i> FARMACIA, OPTICA, OTROS CASOS <i>(adjuntar la factura detallada y abonada asi como la prescripción)</i>				
<input type="checkbox"/> HOSPITALISATION <i>(joindre une facture détaillée et acquittée)</i> HOSPITALIZATION <i>(attach a detailed paid invoice)</i> HOSPITALIZACION <i>(adjuntar la factura circunstanciada y abonada)</i>	<input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Medicine <input type="checkbox"/> Surgery <input type="checkbox"/> Maternity <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Maternidad Nature de l'intervention Type of operation Tipo de intervencion	Date d'entrée : _____ Date de sortie : _____ Date of admission : _____ Date of discharge : _____ Fecha de entrada : _____ Fecha de salida : _____ _____ Date d'accouchement : _____ Date of delivery : _____ Fecha de parto : _____		CACHET      STAMP      SELLO