**C**aisse des **F**rançais de l'**E**tranger - B.P.100 - 77950 RUBELLES- FRANCE *CFE06/98 - 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

Certains soins ou certaines fournitures doivent, pour être pris en charge par la CFE, faire l'objet d'une autorisation préalable.

**C'est le cas :**

- des actes en série effectués pour massage, rééducation (kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, rééducation respiratoire)
- de certains types d'appareillage (chaussures orthopédiques, appareil auditif, fauteuil roulant, prothèses et orthèses)

En présence d'une telle prescription, nous vous demandons de remplir la partie ci-dessous vous concernant et de faire compléter le verso de l'imprimé par votre médecin. **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.**

## 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)**

La caisse des Français de l'étranger 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 377.1 du code de la Sécurité sociale, 441-1 du Code Pénal)

## 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)<br>**Identification of the Doctor (Stamp)**<br>**Identificacion del medico (Sello)** | DATE ET SIGNATURE DU MEDECIN<br>**Date and signature of the Doctor**<br>**Fecha y firma del medico** |
|---|---|

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

---
---
---
---
---

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