

OVERSEAS CONTACT

Olivier Auguster
02 509 20 05
rsds-om@onss.fgov.be

ADRESSE

Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

Feuillet récapitulatif des frais médicaux pour remboursement dans le cadre du contrat «soins de santé»

VEUILLEZ REMPLIR UN FEUILLET PAR BÉNÉFICIAIRE ET PAR PAYS !

Merci de renvoyer les documents originaux à :

ONSS DG VII – Sécurité sociale d'outre-mer
Service Soins de Santé
Place Victor Horta 11 – 1060 BRUXELLES

N° d'immatriculation : E- _____

Titulaire de l'assurance :

Nom et prénom du bénéficiaire des soins :

	Date	Origine des notes (pays) :	Date d'envoi : ____/____/____		
		Nature des soins	Montant	Devise	
1	____/____/____				
2	____/____/____				
3	____/____/____				
4	____/____/____				
5	____/____/____				
6	____/____/____				
7	____/____/____				
8	____/____/____				

Adresse de **correspondance** de l'assuré :

Adresse e-mail :

Titulaire du compte

Nom : Prénom :

1. Compte dans l'EEE 2. Compte hors EEE

Numéro de compte

IBAN : _____ - _____ - _____ - _____

BIC : _____

Nom et adresse de la banque :

Fait à le ____/____/____

Signature du demandeur*

(* Signature électronique et manuscrite autorisées