



SOINS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Attention : Cette déclaration sur l'honneur doit être **dûment complétée et signée**. Le cas échéant, celle-ci vous sera retournée. Veuillez compléter le formulaire **en majuscule** svp.

Nom et prénom du bénéficiaire :

Né(e) le : / /

Numéro NISS :-.....-.....

Pays de résidence officielle :

1. Déclare avoir bénéficié de soins médicaux en/au (pays) -
.....(ville) pour un montant total de € ou
..... (monnaie étrangère).

2. Il s'agit de (un seul point doit être coché et complété) :

VACANCES :

Soins imprévus (consultations, achat de médicaments, hospitalisation d'urgence,...) durant un séjour temporaire du au (durée exacte du séjour).

VACANCES :

Continuation de soins (kiné, soins infirmiers,...) durant un séjour temporaire du au (durée exacte du séjour).

DETACHEMENT ou ETUDIANT (veuillez choisir votre statut) :

Soins imprévus (consultations, achat de médicaments, hospitalisation d'urgence,...) durant un séjour temporaire du au (durée exacte du séjour) dans le cadre du travail (détachement) ou des études.

SOINS PREVUS SANS HOSPITALISATION :

Soins prévus sans autorisation préalable du médecin conseil du au (date des soins).

SOINS PREVUS AVEC HOSPITALISATION ou SOINS AMBULATOIRES NECESSITANT UN APPAREILLAGE SPECIFIQUE*

Soins prévus avec autorisation préalable du médecin conseil du au (date des soins).

3. Veuillez nous communiquer la nature de vos soins **et** les circonstances** (Détails et/ou rapport médical) :

NATURE des soins :

.....

.....

CIRCONSTANCE des soins :

.....

.....

4. Avez-vous contacté la centrale d'alarme Mutas au moment des soins ?

Oui N° de dossier Mutas :

Non

(voir verso)

5. Y a-t-il eu au moins une nuit d'hospitalisation ?

Oui nuit(s) du au

Non

6. Ces soins ont-ils été prodigués dans un établissement de soins privé ?

Oui
Non
?

7. Avez-vous souscrit une assurance privée couvrant les soins de santé à l'étranger, telle que : Europe Assistance, Travel Assistance, Touring Assistance, DKV, ... ?

Oui (nom de l'assurance)
Non

Je donne mon accord pour le transfert de mes données à caractère personnelles conformément à l'article 7 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et donne également mon accord pour bénéficier d'un remboursement sur base des tarifs et conditions belges si celui-ci s'avère plus intéressant

Je joins à la présente toutes les factures originales payées en ma possession.

Vignette de la personne qui a bénéficié
des soins

Date :

Signature :

Note explicative :

(*) Le formulaire S2/E112 **ou** document ad hoc (*autorisation du médecin conseil*) délivré par le médecin conseil est à joindre à cette déclaration si vous désirez obtenir un remboursement sur base des tarifs étrangers.

“*Appareillage spécifique*” = soins dispensés dans:

- un service d'imagerie médicale et qui nécessite l'utilisation d'un tomographe axial transverse ou d'un tomographe à résonance magnétique;
- un service de radiothérapie;
- un service de médecine nucléaire, et qui nécessite l'utilisation d'un scanner PET;
- un service de coronarographie, et qui nécessite l'utilisation d'un *cathlab*.

(**) Afin de pouvoir déterminer le remboursement qui vous est dû, nous devons pouvoir prendre connaissance de la nature des soins qui vous ont été prodigués et d'en connaître les circonstances exactes. Nous vous prions de nous les détailler le plus précisément possible (ex : *consultation chez un spécialiste, radiographie du thorax, opération du genou sous anesthésie générale ou locale, accident, etc...*). Un rapport médical peut également être fourni ou être exigé.

Remarque:

Tunisie :

Tous les soins **avant le 01/05/2017** seront transmis à la sécurité sociale tunisienne en vue d'un éventuel remboursement sur base de leur législation (*Convention BE-TUN*). Pour cela, nous vous prions d'**annexer un justificatif précisant la raison du non-remboursement sur place.**