



**ÉTAT DÉCLARATIF A COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS RECUS A L'ETRANGER**  
 QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

**Identité du malade :** NOM : ..... PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : |\_\_|/|\_\_|/|\_\_|

Détails des actes médicaux	Nom du praticien ou de l'établissement	Date des soins	Montant réglé en monnaie locale	Montant éventuellement pris en charge par l'organisme local
----------------------------	--	----------------	---------------------------------	---

**CONSULTATION(S)**

<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile	.....	__ / __ / __	.....	.....
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile	.....	__ / __ / __	.....	.....
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile	.....	__ / __ / __	.....	.....
<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Spécialiste <input type="checkbox"/> Au cabinet / En établissement <input type="checkbox"/> Au domicile	.....	__ / __ / __	.....	.....

**CARDIOLOGIE**

<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme (ECG)	.....	__ / __ / __	.....	.....
<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)	.....	__ / __ / __	.....	.....
<input type="checkbox"/> Autre acte, à préciser : .....	.....	__ / __ / __	.....	.....

**ACTE(S) D'IMAGERIE**

<input type="checkbox"/> Radiographie, zone à préciser : .....	.....	__ / __ / __	.....	.....
<input type="checkbox"/> Radiographie panoramique	.....	__ / __ / __	.....	.....
<input type="checkbox"/> Mammographie : <input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale	.....	__ / __ / __	.....	.....
<input type="checkbox"/> Scanner	.....	__ / __ / __	.....	.....
<input type="checkbox"/> IRM	.....	__ / __ / __	.....	.....
<input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme	.....	__ / __ / __	.....	.....
<input type="checkbox"/> Echographie, zone à préciser : .....	.....	__ / __ / __	.....	.....
<input type="checkbox"/> Autre, à préciser : .....	.....	__ / __ / __	.....	.....

**ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)**

Date de la prescription : |\_\_|/|\_\_|/|\_\_|

Traitement dispensé du |\_\_|/|\_\_|/|\_\_| au |\_\_|/|\_\_|/|\_\_|

Nombre de séances dispensées : ..... | ..... | ..... | .....

Description du traitement :  
 .....

**ANALYSES DE LABORATOIRE**

Date de la prescription :  __ / __ / __	Date d'exécution :  __ / __ / __	.....	.....
Date de la prescription :  __ / __ / __	Date d'exécution :  __ / __ / __	.....	.....

**PHARMACIE / FOURNISSEUR**

Date de la prescription :  __ / __ / __	Date de délivrance :  __ / __ / __	.....	.....
Date de la prescription :  __ / __ / __	Date de délivrance :  __ / __ / __	.....	.....
Date de la prescription :  __ / __ / __	Date de délivrance :  __ / __ / __	.....	.....
Date de la prescription :  __ / __ / __	Date de délivrance :  __ / __ / __	.....	.....
Date de la prescription :  __ / __ / __	Date de délivrance :  __ / __ / __	.....	.....

**AUTRES FRAIS DE SANTÉ**

Description des frais facturés : .....	.....	__ / __ / __	.....	.....
.....	.....	__ / __ / __	.....	.....
.....	.....	__ / __ / __	.....	.....