

SOINS RECUS A L'ETRANGER

Déclaration pour demande de prise en charge par la MNPAF

Nom/Prénom de l'assuré : _____

Pays où les soins ont été reçus : _____

N° adhérent : _____

Sécurité Sociale de rattachement : France Autre : _____

Soins en rapport avec (cochez la case correspondant à vos soins) :

- Maladie
 - Maternité

- Affection Longue durée
 - Accident travail ou maladie professionnelle

- Accident causé par un tiers

Nom bénéficiaire	Prénom Bénéficiaire	Type de prestation (<u>exemples</u> : Consultation Radiologie, Echographie Etc...)	Date de soins	Dépense engagée	Montant déjà pris en charge par un autre organisme (SS, Assureur...)	Reste à charge

La mutuelle se réserve le droit de procéder à des contrôles complémentaires. En cas de présomption de fraude ou de fausse déclaration des poursuites judiciaires envers l'assuré pourront être engagées.

En complément de la présente déclaration les justificatifs nécessaires devront être joints à la demande (décomptes SS, autres organismes, factures).

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude de toutes les informations renseignées sur la présente déclaration :

Fait à :

Le :

Signature :