



DEMANDE DE TRAITEMENT PRIORITAIRE D'UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MEDICAUX

Peuvent introduire une telle demande les affiliés à titre primaire du RCAM ayant eu à faire face à des frais médicaux de plus de 600 € dans un délai de 15 jours qui précèdent l'envoi de la demande de remboursement.

Formulaire à placer en couverture de la demande de remboursement concernée
afin qu'elle soit traitée en priorité par votre bureau liquidateur

A transmettre à votre Bureau Liquidateur du Régime Commun d'Assurance Maladie (RCAM) **Voir adresse ci-dessous**

Nom et prénom de l'affilié(e) : N° pers. /pension:.....
Institution et Lieu d'affectation:..... Adresse de bureau:.....Tél :
Adresse privée pour les pensionné(e)s:.....
Date de cessation de fonctions/ date de fin de contrat:.....(Pour les agents temporaires/agents contractuels)

Demande relative à :

Affilié(e) principal(e) conjoint ou partenaire reconnu enfant personne assimilée à enfant à charge.

Nom, Prénom : Date de naissance:.....

Cochez la case correspondante svp

Date à laquelle les frais ont été exposés:

Date d'envoi de la demande de remboursement au PMO (délai maximal de 15 jours après que les frais aient été encourus) :

Montant exposé (+ de 600 €) :

J'ai pris connaissance des conditions et des règles en vigueur pour l'application du traitement prioritaire de demandes de remboursement et m'engage à les respecter

Date

Signature

Renvoyer à

| | | |
|---|--|--|
| Bureau liquidateur de Bruxelles Commission européenne SC27 0/05 B-1049 Bruxelles | Bureau liquidateur d'Ispra Commission européenne PMO/06 - TP 740 Via E. Fermi, 2749 I-21027 Ispra (Va) | Bureau liquidateur de Luxembourg Commission européenne DRB - B1/061 L-2920 Luxembourg |
|---|--|--|

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>

+ 32 (0)2 29 97777