



Régime commun d'assurance-maladie

Adresse bureau liquidateur : Bruxelles - SC27 00/05
 Ispra - TP 740
 Luxembourg - DRB B1/061

N° PERSONNEL DE L’AFFILIE(E) :

Adresse administrative (ou de résidence pour les pensionné(e)s) :

NOM ET PRENOMS DE L’AFFILIE(E) :

Téléphone e-mail

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX

à introduire régulièrement dans la période de 18 mois qui suit la date de la prestation

Si vous avez déjà demandé votre remboursement en ligne, veuillez ne plus soumettre ces mêmes frais avec ce formulaire papier.

Veuillez utiliser un formulaire par devise.Type de demande :

- REMBOURSEMENT NORMAL
- REMBOURSEMENT pour "personnel affecté hors Union Européenne"
- REMBOURSEMENT pour MALADIE GRAVE reconnue par le RCAM réf. décision
- MALADIE PROFESSIONNELLE date de la maladie professionnelle
- ACCIDENT de l'affilié d'un assuré par le RCAM du chef de l'affilié(e) (uniquement s'il y a tiers responsable)
date de l'accident

Date des prestations	Nom et prénoms du bénéficiaire	Date de naissance du bénéficiaire	Nature des frais : Consultations, visites, médicaments, etc.	Montants des frais en(2):		Autres remboursements (3)	Montant perçu par assurance privée
				Pays (1)	Montants		

Montant total : **Veuillez ne pas effectuer de report sur un autre formulaire, chaque demande étant traitée séparément.****Joignez les originaux des pièces justificatives et conservez en une copie.****Veuillez remplir une ligne par facture/reçu.****Veuillez ne pas laisser d'agrafe dans les documents annexés. Utilisez des trombones.****Pour vérifier l'état de tous vos dossiers, utilisez: <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>.**

- (1) Veuillez indiquer l'abréviation du pays dans lequel la prestation a été effectuée (AT, BE, BG, CY, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GR, HR, HU, IE, IT, LT, LU, LV, MT, NL, PL, PT, RO, SE, SI, SK, UK). (A spécifier si différent)
- (2) Indiquez le montant dans la devise utilisée, la conversion sera faite par le bureau liquidateur (EUR, BGN, CHF, CZK, DKK, GBP, HRK, HUF, JPY, LTL, LVL, PLN, SEK, RON, USD). (A spécifier si différent)
- (3) Remboursements perçus d'un autre système d'assurance

Je, soussigné(e), certifie que la présente demande, appuyée des pièces justificatives en annexe, est conforme à la réalité et que les factures ont été acquittées.

.....
(Signature de l'affilié(e))Fait à Date **Vous êtes pensionnés et vous voulez avoir accès à RCAM EN-LIGNE? Appelez le 0032 2 2976 888 / 9**