



Régime commun d'assurance maladie

Adresse du bureau
liquidateur :

Téléphone +32 2 29 1111
9h30-12h30 (lundi-venredi)

- ☐ Commission européenne
RCAM/JSIS Bruxelles 1049 Bruxelles
- ☐ Commission européenne
RCAM/JSIS Ispira 21027 Ispira
- ☐ Commission européenne
RCAM/JSIS Luxembourg 2920 Luxembourg

N° PERSONNEL ou PENSION DE L'AFFILIÉ(E) :

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

NOM ET PRENOM DE L'AFFILIÉ(E) :

Téléphone

courriel

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX

à soumettre 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 une devise par formulaire.

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

Devise des dépenses (1):							
Date de la prestation	Nom et prénom du bénéficiaire	Date de naissance du bénéficiaire	Nature des frais : Consultation, visite, médicament, etc.	Pays (2)	Montant	Autre remboursement (3)	Montant perçu par assurance privée
				Total			

Veuillez ne pas effectuer de report sur un autre formulaire, chaque demande est 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 le statut de vos demandes, merci d'utiliser le lien suivant: <https://webgate.ec.europa.eu/RCAM>

- (1) Indiquez 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)
- (2) 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)
- (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 un affilié retraité et vous souhaitez avoir accès à MyPMO ou RCAM en ligne ? Vous pouvez contacter le +32 2 29 11111