

**OVERSEAS CONTACT**

Olivier Auguster  
02 509 20 05  
[remboursementssoinssante-om@onssrszls.fgov.be](mailto:remboursementssoinssante-om@onssrszls.fgov.be)

**ADRESSE**

Place Victor Horta 11  
1060 Bruxelles

**NUMÉRO DE COMPTE**

IBAN: BE56 6790 0735 1788  
BIC: PCHQBEBB

## Feuillet récapitulatif des frais médicaux pour remboursement dans le cadre du contrat «soins de santé»

**VEUILLEZ REMPLIR UN FEUILLET PAR BÉNÉFICIAIRE ET PAR PAYS !**

Merci de renvoyer les documents originaux à :

**ONSS DG VII – Sécurité sociale d’outre-mer**  
**Service Soins de Santé**  
**Place Victor Horta 11 – 1060 BRUXELLES**

N° d'immatriculation : E- \_\_\_\_\_  
Titulaire de l'assurance : .....  
Nom et prénom du bénéficiaire des soins : .....

		Origine des notes : (Pays)	Date d'envoi : __/__/____	
	Date	Nature des soins	Montant	Devise
1	__/__/____			
2	__/__/____			
3	__/__/____			
4	__/__/____			
5	__/__/____			
6	__/__/____			
7	__/__/____			
8	__/__/____			
9	__/__/____			
10	__/__/____			

Adresse de **correspondance** de l'assuré : .....

Adresse e-mail : .....

**OVERSEAS CONTACT**

Olivier Auguster  
02 509 20 05  
[remboursementssoinsante-om@onssrszls.fgov.be](mailto:remboursementssoinsante-om@onssrszls.fgov.be)

**ADRESSE**

Place Victor Horta 11  
1060 Bruxelles

**NUMÉRO DE COMPTE**

IBAN: BE56 6790 0735 1788  
BIC: PCHQBEBB

**Titulaire du compte**

Nom : ..... Prénom : .....

1. Compte dans l'EEE

2. Compte hors EEE

**Numéro de compte**

Nr IBAN : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nr BIC : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la banque : .....

.....

.....

Fait à ....., le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom : .....

Signature du demandeur\*

(\*) Signature électronique et manuscrite autorisées