

**OVERSEAS CONTACT**

Jean-François Leduc  
02 509 30 52  
[rsds-om@onss.fgov.be](mailto:rsds-om@onss.fgov.be)

**ADRESSE**

Place Victor Horta 11  
1060 Bruxelles

## 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 : .....

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

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

Adresse e-mail : .....

**Titulaire du compte**

Nom : ..... Prénom : .....

1. Compte dans l'EEE    2. Compte hors EEE

**Numéro de compte**

IBAN : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

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

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

Signature du demandeur\*

(\*) Signature électronique et manuscrite autorisées