

DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE SOINS REÇUS A L'ÉTRANGER

LES FRAIS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX OU D'HOSPITALISATION À L'ÉTRANGER NE SONT PAS REMBOURSÉS PAR LA CAFAT SAUF S'IL S'AGIT DE :

COCHEZ LA CASE CORRESPONDANT À VOTRE SITUATION :

- dépenses d'hospitalisation occasionnées par des soins imprévus et urgents reçus au cours d'un séjour temporaire à l'étranger (moins de 3 mois) **joindre une copie du compte rendu d'hospitalisation et mettre sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil CAFAT ;**
- soins imprévus et urgents dispensés à l'étranger au cours d'une évacuation sanitaire du malade ou de son accompagnateur ;
- soins ou examens qui ne peuvent être dispensés ou réalisés en Nouvelle-Calédonie et ayant obtenu l'autorisation préalable du Contrôle Médical de la Caisse avant le départ du territoire ;
- soins délivrés à l'étranger à un salarié en déplacement pour raison professionnelle ;
- soins dispensés à un étudiant en stage obligatoire à l'étranger, ayant souscrit l'assurance obligatoire des étudiants ;
- séances de dialyses à l'étranger en cas de séjour n'excédant pas 3 mois, sous réserve d'autorisation préalable avant le départ.

ATTENTION ! POUR LES SITUATIONS PRÉCITÉES, LES FACTURES EN LANGUE ÉTRANGÈRE, DOIVENT ÊTRE FOURNIES ACCOMPAGNÉES D'UNE TRADUCTION, PAR UN ORGANISME AGRÉÉ, EN LANGUE FRANÇAISE.

Délai de prescription :

les feuilles de soins présentées plus de 2 ans après la date des soins ne peuvent donner lieu à remboursement.

▶ NOM de naissance NOM marital (s'il y a lieu)

Prénoms N° assuré CAFAT

Date de naissance / /
jour mois année

▶ NOM et prénoms du malade (si différent de l'assuré)

Qualité : conjoint/concubin enfant autre ayant-droit (précisez)

▶ S'agit-il d'un accident imputable à un tiers ? OUI NON

▶ Indiquez pour les soins reçus :

le lieu les circonstances

▶ Montant total des frais : (précisez la devise : AUD, NZD, etc)

(Joindre obligatoirement les originaux des factures payées).

J'ATTESTE N'AVOIR ÉTÉ REMBOURSÉ DE CES FRAIS PAR AUCUN ORGANISME.

Fait le / /
jour mois année

signature de l'assuré