



Numéro de compte : C.P. IBAN : BE56 6790 0735 1788 - BIC : PCHQBEBB

Correspondant :
 Olivier Auguster

Téléphone :
 02/509 20 05

email :
remboursementssoinsante-om@onssrszls.fgov.be

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

Veillez remplir un feuillet par bénéficiaire et par pays !

Les bureaux de l'Office sont accessibles au public tous les jours ouvrables de 09h00 à 11h30.

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 :

Titulaire du compte : Nom..... Prénom.....

1) Compte dans l'EEE: 2) Compte hors EEE

Numéro de compte.....
 IBAN BIC/SWIFT
 Nom et adresse de la banque.....

Nom et signature du demandeur :