

RELEVÉ INDIVIDUEL DES DÉPENSES EFFECTIVES

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 36.1 et 2; article 63.1; article 87.1  
Règlement (CEE) n° 574/72: article 93.1, 2, 4 et 5; article 105.1

Veillez remplir un formulaire par bénéficiaire.

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages.

1.	Facture n° .....	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> semestre	<input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> semestre	de l'exercice 20.....
----	------------------	---	--	-----------------------

2.	Institution compétente destinataire
2.1	Dénomination: .....
2.2	N° d'identification de l'institution: .....
2.3	Adresse: .....

3.	Bénéficiaire
3.1	Nom(s) de famille <sup>(2)</sup> : .....
3.2	Nom(s) de famille à la naissance (si différent): .....
3.3	Prénom(s): ..... Date de naissance: .....
3.4	N° d'identification personnel <sup>(3)</sup> : a) attribué par l'institution compétente .....
	b) attribué par l'institution créancière .....
3.5	L'assuré est <input type="checkbox"/> un travailleur salarié <input type="checkbox"/> un travailleur non salarié <input type="checkbox"/> un travailleur frontalier (salarié) <input type="checkbox"/> un travailleur frontalier (non salarié) <input type="checkbox"/> un travailleur au chômage

4. La personne indiquée ci-dessus a reçu des prestations sur la base du document suivant:

4.1  Carte européenne d'assurance maladie n°: ..... valable jusqu'au: .....

Certificat provisoire de remplacement de la carte européenne d'assurance maladie n°: ..... daté du: ..... valable du ..... au .....

Formulaire E ..... daté du ..... valable du ..... au .....

4.2 La personne indiquée ci-dessus a subi l'examen médical demandé le .....

5.	Dépenses effectuées			Montant <sup>(4)</sup>
5.1	<b>Pour prestations en nature servies</b>	du .....	au .....	.....
	pour cause de <sup>(5)</sup>	<input type="checkbox"/> maladie	<input type="checkbox"/> accident de la vie privée	
			<input type="checkbox"/> accident du travail ou maladie professionnelle	
5.2	Soins médicaux			.....
5.3	Soins dentaires			.....
5.4	Médicaments			.....
5.5	Hospitalisation	du .....	au .....	.....
		du .....	au .....	.....
5.6	Autres prestations <sup>(6)</sup>			.....
				.....
5.7	<b>Total des prestations en nature</b>			.....
5.8	<b>Contrôles médicaux <sup>(7)</sup></b>			.....
				.....
5.9	<b>Pour prestations en espèces servies</b>	du .....	au .....	.....
5.10	<b>Total des dépenses</b>			.....
				.....

6.	Institution créancière			
6.1	Dénomination: .....			
6.2	N° d'identification de l'institution: .....			
6.3	Adresse: .....			
	.....			
6.4	Cachet <sup>(8)</sup>	6.5	Date:	.....
		6.6	Signature:	.....
				.....

7.	Réservé à l'institution du pays compétent

## NOTES

- (1) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
  - (2) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
  - (3) Lorsque le bénéficiaire est un membre de la famille inscrit au moyen du formulaire E 106, veuillez indiquer le numéro d'identification personnel de l'assuré.
  - (4) Indiquer le montant dans la monnaie nationale.
  - (5) Pour les besoins des institutions suisses.
  - (6) Indiquer la nature des prestations: soins d'accouchement, prothèses dentaires, prothèses orthopédiques, cure thermique, ambulance, moyens complémentaires de diagnostic, etc.
  - (7) Indiquer la nature des contrôles médicaux ou des expertises médicales effectués.
  - (8) Il n'est pas nécessaire d'apposer un cachet sur un formulaire signé et envoyé par voie électronique.
-