

- ATTESTATION SUR L'HONNEUR -

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE
D'UN TRAITEMENT MEDICAMENTEUX
OU DE PRODUITS ET PRESTATIONS DE LA LPP,
DE PLUS D'UN MOIS EN UNE SEULE FOIS

➔ Je soussigné, atteste sur l'honneur les renseignements administratifs suivants :

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

N° d'immatriculation de sécurité sociale : _____

Nationalité : _____

Lieu de séjour : _____

Date de départ : _____

Durée du séjour : _____

Motif du séjour : _____

➔ Merci de préciser vos dates de séjour(s) à l'étranger effectués dans l'année précédant votre départ (pour un départ prévu en année N, indiquer vos dates de séjours à l'étranger depuis le 1^{er} janvier année N-1) :

Date de départ : _____ Date de retour : _____ Durée : _____

Date de départ : _____ Date de retour : _____ Durée : _____

Date de départ : _____ Date de retour : _____ Durée : _____

en l'absence de séjour à l'étranger sur la période cocher la case ci-dessous :

☐ Je n'ai effectué aucun séjour à l'étranger pendant cette période

Fait, à _____ le _____

Signature

A noter que le bénéfice des droits aux prestations en nature de l'Assurance Maladie est conditionné au séjour sur le sol français de plus de 6 mois, sauf cas particulier (exemples (personnels diplomatiques et consulaires, travailleurs détachés...)).

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amendes et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article 162-1-14 du Code de la sécurité sociale)