

MSH INTERNATIONAL (ERASMUS+ Jeunes Volontaires)  
 82 rue Villeneuve  
 92587 Clichy Cedex  
 France  
 Tel : +33 (0)1 44 20 82 10  
 Fax : +33 (0)1 44 20 48 79  
[indiveurope@msh-intl.com](mailto:indiveurope@msh-intl.com)  
[www.msh-intl.com/global](http://www.msh-intl.com/global)

## Demande de remboursement de frais de santé (French Version)

Si vous êtes couvert par la sécurité sociale française ou autre régime de base, vous devez d'abord obtenir le remboursement de ces organismes, avant de présenter votre demande. Dans ce cas, merci de nous envoyer les copies des factures ainsi que le décompte original de la sécurité sociale avec le résumé du remboursement de l'autre assurance. Dans le cas contraire, si vous n'avez pas la sécurité sociale française ou autre régime de base, merci de nous adresser les factures originales directement.

### CONSEILS PRATIQUES

- **Prenez la précaution de faire des photocopies** de tous les documents que vous envoyez.
- Essayez de **grouper vos demandes** de remboursement de façon à éviter les remboursements de faible montant.
- **Joignez les factures originales acquittées et les prescriptions médicales** détaillant les soins, la pathologie, les médicaments, les montants payés.
- **Demandez l'accord préalable pour les actes en série** (comme la kinésithérapie), et ce à partir de 5 séances.
- Envoyez-nous votre demande dans les 12 mois qui suivent la date des soins.
- **S'il s'agit de votre premier remboursement ou si vous avez récemment changé de compte bancaire**, merci de joindre un justificatif de vos coordonnées bancaires (il doit comporter votre n° de compte, le nom du titulaire, le nom et adresse de la banque, le code IBAN (Europe) – ABA (USA) – SORT(UK) ou autre)

**Envoyez le tout à MSH INTERNATIONAL à l'adresse de l'en-tête.**

## 1 LE VOLONTAIRE

N° d'assurance :	Nom	Prénom	Date de naissance
Téléphone	E-mail		
	1 – Adresse permanente dans le pays d'origine	2 – Adresse pendant la mission	
Chez			
Numéro/ Rue/ Appartement/ Etage			
Code postal			
Ville			
Pays d'expatriation			

Adresse utilisées pour vos correspondances  1 (pays d'origine) ou  2 (pays de mission)

### Coordonnées Bancaires

Remplissez cette partie avec précaution, indiquez si les transferts doivent être effectués vers votre compte, le compte de l'Organisation d'Accueil ou autres (par ex. un prestataire médical):

Titulaire	
Nom de la banque	
Adresse complète de la banque	
Votre numéro de compte (code IBAN pour les comptes Européens)	
Code SWIFT / Code SORT / BIC	
Devise	

## 2 LES SOINS OU PRODUITS MEDICAUX (utilisez une ligne par note d'honoraire)

	Date des soins	Descriptions des soins, services, produits médicaux ou dentaires	Nature de la maladie ou de la blessure	Montant réglé	Devise	Praticien / établissement	Pays
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

Si l'un des traitements est consécutif à un accident ?

Oui

Non

Circonstances de l'accident:

N° des soins correspondants à cet accident (exemple 2, 5,6) :

Date et lieu de l'accident :

## 3 SIGNATURE

Je certifie que les réponses données sur le présent formulaire sont sincères et véritable

Date

Signature de l'assuré :