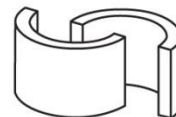


**OFFICE NATIONAL DE SÉCURITÉ SOCIALE**  
INSTITUTION PUBLIQUE DE SÉCURITÉ SOCIALE

PLACE VICTOR HORTA 11 - 1060 BRUXELLES - TÉL. 02 509 59 59 - FAX 02 509 30 19 - Internet [www.onss.fgov.be](http://www.onss.fgov.be)  
Heures de visite : de 9 à 11 heures 30, ou sur rendez-vous tous les jours ouvrables sauf le samedi



DG VII Sécurité sociale d'outre-mer – Service Soins de santé

Pour les visites : Rue Joseph II 47 • BE-1000 BRUXELLES

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](mailto: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 :