

DEMANDE DE DÉLIVRANCE DE MÉDICAMENTS POUR SÉJOUR À L'ÉTRANGER D'UNE DURÉE SUPÉRIEURE À 1 MOIS - ATTESTATION SUR L'HONNEUR



Caisse de
PRÉVOYANCE SOCIALE
Saint-Pierre et Miquelon

Ce document, complété et signé, doit être adressé **au moins 15 jours** avant votre départ à la Caisse de Prévoyance Sociale, avec **la copie de la prescription médicale concernée**, sur laquelle votre médecin référent aura précisé la quantité de médicaments à délivrer pour plus d'un mois.

INFORMATIONS DU DEMANDEUR :

Nom :

Prénom :

Numéro de Sécurité Sociale (NNI) :

Date de naissance :

Nom et prénom du bénéficiaire :
(à remplir si la personne sous traitement médical n'est pas l'assuré)

Date de naissance du bénéficiaire :
(à remplir si la personne sous traitement médical n'est pas l'assuré)

Adresse (n° et rue) :

BP : Code Postal : Commune :

Téléphone:

Email:

INFORMATIONS DU VOYAGE :

Lieu du séjour :

Date du départ :

Durée du séjour :

DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS :

PHARMACIE QUI DÉLIVRERA LA PRESCRIPION :

N'oubliez pas de joindre l'ordonnance !

À SAVOIR : Cette dérogation ne peut être mise en œuvre que dans les situations où les patients sont susceptibles de rencontrer des difficultés pour se procurer leur traitement. **Les déplacements en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer sont donc totalement exclus.**

Je soussigné(e) , atteste sur l'honneur que les éléments figurant ci-dessus sont exacts et demande à pouvoir bénéficier des mesures dérogatoires concernant la délivrance de médicaments pour un départ à l'étranger d'une durée supérieure à 4 semaines ou à 30 jours.

Fait à : le :

Signature du demandeur

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Articles L114-13 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)



CAISSE DE PRÉVOYANCE SOCIALE • Service Médical
Angle des Bds Colmay et Thélot • BP 4220 • 97500 Saint-Pierre et Miquelon
☎: 0508 41 15 88 • ✉ service.medical@secuspm.com • www.secuspm.com