

Soins reçus à l'étranger

Déclaration à compléter par l'assuré(e)

n° 12267*04

(articles L. 332-3, 2° alinéa et R. 332-2 à R. 332-6 du Code de la sécurité sociale)

(IMPORTANT : n'oubliez pas de joindre les pièces justificatives décrites au verso)

PERSONNE AYANT RECU LES SOINS ET ASSURÉ(E)

• **Personne ayant reçu les soins**

nom et prénom : _____
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

n° d'immatriculation _____ date de naissance _____

adresse habituelle *(si différente de celle de l'assuré(e))* : _____

• **Assuré(e)** *(à remplir si la personne ayant reçu les soins n'est pas l'assuré(e))*

nom et prénom _____
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

n° d'immatriculation _____

• **Nationalité et adresse habituelle de l'assuré(e)** *(à compléter dans tous les cas)*

nationalité : française ressortissant UE/EEE/Suisse autre préciser : _____

n°, voie, rue ... : _____

code postal _____ commune : _____ email *(facultatif)* : _____

SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ASSURÉ(E) À LA DATE DES SOINS

activité salariée *(joindre un justificatif)* pensionné(e)/retraité(e) étudiant(e)

indemnisé(e) par le Pôle Emploi *(joindre un justificatif)* autre situation préciser : _____

CARACTÉRISTIQUES DU SÉJOUR A L'ÉTRANGER

adresse pendant le séjour à l'étranger : _____

localité : _____ pays : _____

dates du séjour : du _____ au _____

motif du séjour : congés payés dans le pays d'origine tourisme détachement professionnel études et/ou stages

MOTIF DE RECOURS AUX SOINS *(préciser : chute, blessure, urgence médicale, intervention chirurgicale, soins chroniques, soins ponctuels...)*

⤷ _____

NATURE DES SOINS ET MONTANT DES DÉPENSES

• **Les soins reçus sont en rapport avec :**

une maladie une affection de longue durée une maternité un accident du travail ou une maladie professionnelle date _____

un accident causé par un tiers date _____ s'agit-il de soins prévus avant le départ ? oui non

• **Le détail des soins** *(joindre obligatoirement les factures originales acquittées pour tous les soins. Pour ceux suivis de * joindre également les prescriptions médicales)*

soins ambulatoires	montant des frais <i>(indiquer l'unité monétaire)</i>
consultation au cabinet médical <input type="checkbox"/>	} le médecin était un généraliste <input type="checkbox"/> un spécialiste <input type="checkbox"/> <i>indiquer la spécialité :</i>
déplacement du médecin <input type="checkbox"/>	
soins dentaires <input type="checkbox"/> préciser la nature <i>f'gu'iqkpu :</i>	
prothèse dentaire <input type="checkbox"/>	
chirurgie ambulatoire <input type="checkbox"/> préciser la nature <i>f'g'hcevq :</i>	
pharmacie* <input type="checkbox"/>	
examen(s) de laboratoire* <input type="checkbox"/>	
radiologie <input type="checkbox"/> citer les parties du corps radiographiées :	
acte(s) de kinésithérapie* <input type="checkbox"/>	
actes infirmiers* <input type="checkbox"/>	
autre(s) soin(s)* <input type="checkbox"/> préciser la nature <i>f'gu'iqkpu :</i>	
hospitalisation <input type="checkbox"/> du _____ au _____ <i>préciser le 'pcwt g'f'gu'iqkpu :</i>	
frais de transport* <input type="checkbox"/> moyen de transport, trajet et km :	

SOINS RECUS DANS L'UE/EEE/Suisse *(à compléter obligatoirement)*

1. Pour les soins qui ont été pratiqués dans l'UE/EEE et la Suisse, je désire obtenir le remboursement des frais conformément à la législation :
du pays du séjour française

2. Y a-t-il eu un remboursement partiel des soins dans le pays de séjour ? oui non

ATTESTATION SUR L'HONNEUR À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ(E)

Je déclare joindre **les originaux des factures** dûment acquittées en ma possession pour justifier ma demande de remboursement.

J'atteste sur l'honneur que la somme totale réglée s'élève à : _____ *(indiquer l'unité monétaire)*

Fait à _____, le _____ signature de l'assuré(e) _____ impossibilité de signer

NOTICE

Cet imprimé permet à votre caisse d'assurance maladie d'apprécier vos droits au remboursement pour des soins dispensés à l'étranger, y compris dans un pays de l'Union Européenne⁽¹⁾, de l'Espace économique Européen⁽²⁾ ou la Suisse (lorsque vous avez fait l'avance des frais de soins en tout ou partie). Lorsqu'un remboursement est possible, son montant varie en fonction du pays dans lequel vous avez séjourné, de la nature des soins et du motif de recours aux soins.

Soins dans un pays étranger hors UE/EEE et Suisse

la caisse d'assurance maladie a la possibilité de procéder à un remboursement forfaitaire des soins ou des traitements médicaux reçus à l'étranger.

Soins dans un pays de l'UE/EEE ou en Suisse

• Soins imprévus et urgents :

vous pouvez vous faire soigner par un médecin ou dans un hôpital aux mêmes conditions que les ressortissants de ce pays, ce qui signifie que vous devrez parfois payer les soins. Votre carte européenne d'assurance maladie (CEAM) vous permet de faire valoir vos droits.

En cas d'avance des frais de soins, vous pouvez demander le remboursement auprès de votre caisse d'assurance maladie.

• Soins programmés :

si vous vous rendez dans ce pays pour y recevoir un traitement médical, vous devez, dans certains cas, demander une autorisation préalable de prise en charge à votre caisse d'assurance maladie qui vous remettra le formulaire européen "S2".

Pour en savoir plus, veuillez consulter le site "www.ameli.fr".

Dans tous les cas, vous devez fournir tout document justifiant votre séjour à l'étranger (titre de transport, par exemple) et, selon le cas, si vous êtes concerné :

- la photocopie du bulletin de paie du mois précédant votre séjour si vous êtes salarié(e),
- ou le talon de versement, délivré par votre Pôle Emploi, du mois précédant votre séjour,
- et, en cas de congés dans votre pays d'origine et/ou dont vous avez la nationalité hors UE/EEE/Suisse, une attestation de votre employeur indiquant les dates de congés payés.

Dans tous les cas, vous devez y joindre aussi :

- la (ou les) facture(s) de soins originale(s) que vous avez acquittée(s),
- la (ou les) prescription(s) médicale(s) en rapport avec les soins reçus.

IMPORTANT :

A la rubrique "Soins reçus dans l'UE/EEE/Suisse", veuillez choisir le tarif sur la base duquel vous souhaitez être remboursé(e) de vos dépenses en cochant la case correspondante.

A défaut, c'est le tarif de remboursement de la sécurité sociale du **pays de séjour** qui s'applique.

Précisez s'il y a eu ou non une prise en charge partielle des frais par l'organisme compétent dans le pays de séjour.

Si vous êtes frontalier de la Suisse⁽³⁾, veuillez l'indiquer dans la rubrique "Motif de recours aux soins".

Pour plus d'informations, consulter le site "www.ameli.fr" à la rubrique "assuré/droits et démarches/ à l'étranger".

Avant d'adresser cette déclaration à votre caisse d'assurance maladie⁽⁶⁾, n'oubliez pas de la dater et de la signer. Conservez une photocopie de l'ensemble de votre dossier pour votre organisme complémentaire (mutuelle, assurance, prévoyance).

⁽¹⁾ Les Etats membres de l'UE concernés par cette déclaration : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République Slovaque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suède.

⁽²⁾ Les pays de l'EEE : Islande, Liechtenstein, Norvège.

⁽³⁾ Xqwu't c.xclnrg| 'gp'Uwkaug'qw'xqwu'd'2 p'2 hkekg| "gzenukxgo gpv'f)mpg'r gpukqp'qw'f)mpg't gpvg'wkaug'gv'xqwu't'2 ukf g| "gp'Ht cpeg0

⁽⁴⁾ **Nota bene pour les assurés relevant du régime général :**

Votre caisse primaire d'assurance maladie est compétente pour le dépôt de votre dossier et pour vous donner les renseignements concernant vos droits. L'instruction et la paiement des demandes de remboursement sont gérés par le Centre national des des soins à l'étranger à Vannes (Morbihan).