

soins reçus à l'étranger

déclaration à compléter par l'assuré(e)

n° 12267*03

(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 ou 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) étudiant(e)

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

CARACTÉRISTIQUES DU SÉJOUR À 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 autre

ÉVÉNEMENTS À L'ORIGINE DES 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 s'agit-il de soins prévus avant le départ ? oui non

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 de la dépense <small>(indiquer l'unité monétaire)</small>
consultation au cabinet médical <input type="checkbox"/> } le médecin était un généraliste <input type="checkbox"/> un spécialiste <input type="checkbox"/>	
déplacement du médecin <input type="checkbox"/> } indiquer la spécialité :	
soins dentaires <input type="checkbox"/> préciser la nature :	
prothèse dentaire <input type="checkbox"/>	
acte(s) de chirurgie <input type="checkbox"/> préciser la nature :	
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 :	
frais de transport * <input type="checkbox"/> moyen de transport, trajet et km :	
hospitalisation <input type="checkbox"/> du au	
<small>préciser le service :</small>	

POUR LES SOINS RECUS DANS L'UE/EEE/SUISSE, répondre obligatoirement aux questions ci-dessous en cochant les cases adéquates

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 :

française du pays du séjour

2. Y a-t-il eu une prise en charge partielle 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

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale)

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

NOTICE

Cet imprimé permet à votre caisse d'assurance maladie d'apprécier vos droits au remboursement des soins dispensés à l'étranger, y compris dans un pays de l'Union Européenne⁽¹⁾, de l'Espace économique Européen⁽²⁾ et la Suisse (sauf si vous avez utilisé votre carte européenne d'assurance maladie). Lorsque ce remboursement est possible, son montant varie en fonction du pays dans lequel vous avez séjourné, de la nature et des événements à l'origine des soins.

A cet effet, vous devez fournir toute pièce ou document justifiant votre séjour à l'étranger (titre de transport par exemple), et selon le cas :

- 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,
- en cas de congés dans votre pays d'origine et/ou dont vous avez la nationalité hors UE/EEF/Suisse, une attestation de votre employeur indiquant les dates de congés payés.

Dans tous les cas, vous y joignez :

- la (ou les) facture(s) originale(s) acquittée(s),
- la (ou les) prescription(s) médicale(s) en rapport avec les soins exposés.

IMPORTANT :

Le bon remplissage des rubriques de cette déclaration conditionne le remboursement par l'Assurance Maladie des soins effectués.

A la rubrique « soins reçus dans l'UE/EEE/Suisse », n'oubliez pas de choisir la législation (française ou celle du pays du séjour) sur la base de laquelle vous souhaitez être remboursé(e) de vos dépenses en cochant les cases correspondantes et de préciser s'il y a eu ou non une prise en charge partielle dans le pays de séjour.

Il est possible de choisir le remboursement de vos soins reçus à l'étranger selon les tarifs du lieu de séjour.

Avant d'adresser cette déclaration à votre organisme d'assurance maladie, n'oubliez pas de la dater et de la signer.

ATTENTION :

Si vous souhaitez demander un complément de remboursement à votre organisme complémentaire (mutuelle, assureur, ...), conservez une photocopie de l'ensemble de votre dossier.

⁽¹⁾ Les Etats membres de l'UE concernés par cette déclaration : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, 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.

Nota bene : pour les assuré(e)s relevant du régime général, l'instruction et le paiement des demandes de remboursement sont gérés par un centre national unique situé à Vannes (Morbihan). Votre caisse primaire d'assurance maladie d'affiliation demeure compétente pour le dépôt de votre dossier et pour vous donner les renseignements concernant vos droits.