

soins reçus à l'étranger déclaration à compléter par l'assuré(e)

(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 REÇU LES SOINS ET ASSURÉ(E)**

- **personne ayant reçu les soins**

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'épouse)

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 (suivis, s'il y a lieu, du nom d'épouse)

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 les ASSÉDIC (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

nature du séjour : congés payés dans le pays d'origine

tourisme

détachement professionnel

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 AT ou une MP

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

consultation au cabinet médical

déplacement du médecin

le médecin était un généraliste

indiquer la spécialité :

un spécialiste

soins dentaires

préciser la nature :

prothèse dentaire

acte(s) de chirurgie

préciser la nature :

pharmacie *

examen(s) de laboratoire *

radiologie

citer les parties du corps radiographiées :

acte(s) de kinésithérapie *

actes infirmiers *

autre(s) soin(s) *

préciser la nature :

frais de transport *

moyen de transport, trajet et km :

hospitalisation

du

au

préciser le service :

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, je désire obtenir le remboursement des frais conformément à la législation :

française

du pays du séjour

2. Pour les soins qui ont été pratiqués en Suisse et dont la dépense est inférieure à 1000 euros par bénéficiaire, je désire obtenir le remboursement

des frais conformément à la législation : française

suisse

3. 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)

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 des soins dispensés à l'étranger. 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 selon le cas :

- la photocopie du bulletin de paie du mois précédant votre séjour,
- ou le talon de versement, délivré par votre ASSEDIC, du mois précédant votre séjour,
- toute pièce ou document justifiant votre séjour à l'étranger (titre de transport par exemple),
- l'attestation délivrée par votre employeur en cas de congés dans votre pays d'origine (hors Union Européenne).

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 cocher la case correspondant à la législation (française ou celle du pays du séjour) sur la base de laquelle vous souhaitez être remboursé(e) de vos dépenses et de préciser s'il y a eu ou non une prise en charge partielle dans le pays 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.

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.