



n° 12267\*02

# 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 *(suivre, s'il y a lieu, du nom d'épouse(s)) :*

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 *(suivre, s'il y a lieu, du nom d'épouse(s)) :*

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 ASSEDIC *(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 montant de la dépense  
*(indiquer l'unité monétaire)*

consultation au cabinet médical } le médecin était un généraliste  un spécialiste

déplacement du médecin } *indiquer la spécialité :*

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

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L. 114-13 du Code de la sécurité sociale et 441-1 du Code pénal). 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, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.



n° 50978#02

## soins reçus à l'étranger

### 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.*