



n° 12267*04

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 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 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 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 dateun accident causé par un tiers dates'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 ambulatoiresconsultation au cabinet médical déplacement du médecin le médecin était un généraliste un spécialiste
*indiquer la spécialité :*soins dentaires *préciser la nature des soins :*prothèse dentaire chirurgie ambulatoire *préciser la nature de l'acte :*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 des soins :***hospitalisation**

du

au

*préciser la nature des soins :***frais de transport****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 Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement.
*(articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal, article 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.

CNSE S 3125c

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⁽⁴⁾, 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⁾ Vous travaillez en Suisse ou vous bénéficiez exclusivement d'une pension ou d'une rente suisse et vous résidez en France.

⁽⁴⁾ **Nota bene pour les assuré(e)s 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 soins à l'étranger à Vannes (Morbihan).