



# soins reçus à l'étranger

## déclaration à compléter par l'assuré(e)

n° 12267\*02

(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 (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se)) :

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'époux(se)) :

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 <input type="checkbox"/>	} le médecin était un généraliste <input type="checkbox"/> un spécialiste <input type="checkbox"/> indiquer la spécialité :
déplacement du médecin <input type="checkbox"/>	
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 :	
<b>hospitalisation</b> <input type="checkbox"/> 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

- 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
- 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
- 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.*