

# Soins reçus à l'étranger Déclaration à compléter par l'assuré(e)

(Articles L.160-1 à L.160-7, R.160-1 à R.160-4 du Code de la sécurité sociale) (Article L.212-1 du Code des pension militaires d'invalidité et des victimes de guerre)  
**(IMPORTANT : n'oubliez pas de joindre les pièces justificatives décrites au verso et de conserver une photocopie de l'ensemble de votre dossier pour votre organisme complémentaire (mutuelle, assurance, prévoyance.)**

## 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° de sécurité sociale \_\_\_\_\_ 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° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

### • Nationalité et adresse habituelle de l'assuré(e) (à compléter dans tous les cas)

nationalité : française  ressortissant UE/EEE/Suisse  Royaume-Uni : cas 1\*  cas 2\*  autre  préciser : \_\_\_\_\_  
(\*voir notice)

n°, voie, rue ... : \_\_\_\_\_

code postal \_\_\_\_\_ commune : \_\_\_\_\_ email (facultatif) : \_\_\_\_\_

## SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ASSURÉ(E) À LA DATE DES SOINS

salarié(e)  travailleur indépendant  pensionné(e) d'invalidité/rentier(ère) AT/MP<sup>(1)</sup>  retraité(e)  étudiant(e)

indemnisé(e) par le Pôle Emploi  travailleur frontalier suisse  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 : tourisme  détachement professionnel  études et/ou stages  autre

## 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 AT/MP<sup>(1)</sup>  date \_\_\_\_\_ une affection d'origine militaire  (article L. 212-1 du CPMIVG - voir notice § "IMPORTANT")

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 des frais <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"/> <small>indiquer la spécialité :</small>
déplacement du médecin <input type="checkbox"/>	
soins dentaires <input type="checkbox"/> préciser la nature des soins :	
prothèse dentaire <input type="checkbox"/>	
chirurgie ambulatoire <input type="checkbox"/> préciser la nature de l'acte :	
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 des soins :	
hospitalisation <input type="checkbox"/> du _____ au _____ préciser la nature des soins :	
frais de transport* <input type="checkbox"/> moyen de transport, trajet et km :	

## SOINS MÉDICALEMENT NECESSAIRES RECUS DANS L'UE/EEE/SUISSE/ROYAUME-UNI (à compléter obligatoirement)

1. Pour ces soins qui ont été réalisés lors d'un séjour temporaire en l'UE/EEE/SUISSE ou Royaume-Uni, je désire obtenir le remboursement des frais conformément à la tarification : du pays de séjour  française

2. Y a-t-il eu un remboursement de ces 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

<sup>(1)</sup> "AT/MP" = accident du travail ou maladie professionnelle  
Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué à la Protection des Données. Pour en savoir plus, rendez-vous sur la page protection des données du site www.ameli.fr. En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés. 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, 441-1 et suivants du Code pénal, article L.114-17-1 du code de la sécurité sociale).

Cet imprimé permet à votre caisse d'assurance maladie d'apprécier vos droits au remboursement pour des soins dispensés à l'étranger, notamment lors d'un séjour temporaire en UE/EEE, en Suisse ou au Royaume-Uni.

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 reçus dans un pays étranger ou un territoire ultra marin (Nouvelle Calédonie, Polynésie française, Saint Pierre et Miquelon, hors UE/EEE hors Suisse et hors Royaume-Uni.**

- La prise en charge des soins n'est pas prévue par une convention bilatérale (ou des décrets de coordination collectivités territoriales d'Outre-Mer) : seuls vos soins inopinés et/ou urgents pourront faire l'objet d'une prise en charge forfaitaire par la caisse d'assurance maladie.
- La prise en charge des soins est prévue par une convention bilatérale (ou des décrets de coordination collectivités territoriales d'Outre-Mer) : vos frais de santé sont remboursés selon les conditions prévues par la convention.  
N'oubliez pas de réclamer à la caisse d'assurance maladie avant votre départ, le formulaire conventionnel attestant de la prise en charge de vos soins. En cas d'utilisation d'un formulaire conventionnel dans l'Etat de séjour, aucun reste à charge ne peut être remboursé.

➤ **Soins reçus dans un pays de l'UE/EEE en Suisse ou au Royaume-Uni**

- Soins médicalement nécessaires, soins imprévus et/ou urgents : Il s'agit de soins imprévus et/ou urgents ou soins liés à des pathologies chroniques. En cas d'utilisation de votre carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou de son certificat de remplacement (CPR) dans l'Etat de séjour, aucun reste à charge ne pourra être remboursé. Si vous avez fait l'avance totale des frais, vous serez remboursé selon les tarifs de l'Etat de séjour. Vous pouvez choisir la base française de remboursement en cochant la case dédiée.
- 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 l'assurance maladie qui vous remettra le formulaire européen « S2 ». (Pour en savoir plus, veuillez consulter le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr))
- Soins ambulatoires non urgents et/ou prévisibles non soumis à autorisation préalable de l'assurance maladie et sans nécessité médicale immédiate : il s'agit de situations où vous avez bénéficié, pour réaliser ces soins, de certaines opportunités (facilité de langue, rendez-vous plus rapide accompagnement familial), proximité géographique. Seule la tarification française est applicable.  
A noter les soins ambulatoires non urgents réalisés au Royaume-Uni ou en Suisse ne sont pas pris en charge sauf lorsqu'ils concernent un travailleur frontalier suisse.

**Nationalité et adresse habituelle de l'assuré(e)**

\* Royaume-Uni :

Cas 1 : Personne titulaire :

- d'un titre de séjour portant la mention "Article 50 TUE / Article 18(1) Accord de retrait du Royaume-Uni de l'UE"
- d'un titre de séjour portant la mention "Séjour permanent / Article 50 TUE / Article 18(1) Accord de retrait du Royaume-Uni de l'UE"
- d'un document de circulation portant la mention "Article 50 TUE / Travailleur frontalier / Accord de retrait du Royaume-Uni de l'UE" - Non résident

Cas 2 : Autre

-----  
Dans tous les cas, vous devez joindre :

- 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.  
Les justificatifs de paiement des soins reçus dans le pays de séjour (ticket de carte bancaire, extrait de compte attestant du retrait ou du débit, preuve de virement, etc...).
- Le cas échéant, le formulaire de détachement validé par votre caisse.

**A noter :** Un téléservice "mes demandes de remboursements de soins à l'étranger" est également disponible via votre compte Ameli (en cours de déploiement).

-----  
**IMPORTANT :**

- Si les soins dispensés à l'étranger sont en lien avec une affection d'origine militaire (article L.212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre), cette feuille de soins doit être adressée à l'organisme gestionnaire mentionné sur votre attestation de pensionné.
- Si vous êtes frontalier de la Suisse (3), veuillez l'indiquer dans la rubrique « Situation administrative de l'assuré(e) à la date des soins ».
- A la rubrique « Soins imprévus et/ou urgents et soins programmés reçus dans l'UE/EEE/Suisse/RU », veuillez choisir le tarif sur la base duquel vous souhaitez être remboursé(e) de vos dépenses en cochant la case correspondante. A défaut, ce sera le tarif de remboursement de la sécurité sociale du pays de séjour qui s'appliquera. Précisez s'il y a eu ou non une prise en charge des frais par l'organisme compétent dans le pays de séjour.
- Avant d'adresser cette déclaration à votre caisse d'assurance maladie (4), n'oubliez pas de la dater et de la signer.

(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, Slovaquie, Suède.

(2) Les pays de l'EEE : Islande, Liechtenstein, Norvège.

(3) Vous travaillez en Suisse.

(4) Nota bene pour les assuré(e)s relevant du régime général :

Vous devez adresser ce formulaire et les pièces justificatives à votre caisse primaire d'assurance maladie de résidence.

Votre caisse primaire d'assurance maladie est également compétente pour vous donner des renseignements concernant vos droits.