

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

n° 12267*03

(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 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

(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) 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 autre

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 accident du travail ou une maladie professionnelle 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 <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"/> <i>indiquer la spécialité :</i>
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 :	
hospitalisation <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

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 :

française du pays du séjour

2. 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)

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