cerfa

N° 12267*06

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 guerrre)

(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* ☐ *(* voir notice)* autre ☐ ***préciser :***

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 (1) ☐ retraité(e) ☐ étudiant(e) ☐

indemnisé(e) par le Pôle Emploi ☐ travailleur frontalier suisse ☐ autre situation ☐ ***préciser :***

CARACTÉRISTIQUES DU SÉJOUR A 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 (1) ☐ *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** *(indiquer l'unité monétaire)*
consultation 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 MEDICALEMENT 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 ☐

(1) "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 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).