

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)

	U LES SOINS ET ASSURÉ(E)		
• personne ayant reçu l			
nom et prénom (suivis, s'il y a l	neu, au nom a epoux(se)) :		
n° d'immatriculation			ou date de naissance
adresse habituelle (si différent	te de celle de l'assuré(e)) :		
	personne ayant reçu les soins n'est pas l'o	assuré(e))	
nom et prénom (suivis, s'il y a l	lieu, du nom d'époux(se)) :		
n° d'immatriculation			
	habituelle de l'assuré(e) (à comp	pléter dans tous les cas)	
nationalité : française	ressortissant UE/EE	EE/Suisse autre	préciser :
n°, voie, rue:			
code postal	commune:	ema	ail <i>(facultatif)</i> :
	ATIVE DE L'ASSURÉ(E) À LA		
activité salariée (joindre un j	•	pensionné(e)	étudiant(e)
indemnisé(e) par les ASSEI		autre situation	préciser :
	J SÉJOUR A L'ÉTRANGER		
adresse pendant le séjour à l'	etranger :		
localité : dates du séjour : du			pays:
3	a		16. 1
nature du séjour : congés pa	1 7 0	tourisme	détachement professionnel
ÉVÉNEMENTS À L'ORIG	INE DES SOINS (préciser : chute	e, blessure, urgence médicale, inter	rvention chirurgicale, soins chroniques, soins ponctuels)
NATURE DES SOINS ET	MONTANT DES DÉPENSES		
• les soins reçus sont en	rapport avec :		
une maladie une aff	fection de longue durée	une maternité un AT	ou une MP date:
un accident causé par un tie			de soins prévus avant le départ ? oui non
• le détail des soins (join	dre obligatoirement les factures origi	nales acquittees pour tous les soins. F	Pour ceux suivis de * joindre également les prescriptions médicales) montant de la dépense
soins ambulatoires			(indiquer l'unité monétaire)
consultation au cabinet méd	} ic incuccin c	_	n spécialiste
déplacement du médecin soins dentaires) indiquer la sp	ecialite :	
prothèse dentaire	préciser la nature :		
acte(s) de chirurgie	préciser la nature :		
pharmacie*			
examen(s) de laboratoire*			
radiologie	citer les parties du corps radiogr	aphiées :	
acte(s) de kinésithérapie*			
actes infirmiers * autre(s) soin(s) *	préciser la nature :		
frais de transport* moyen de transport, trajet et km:			
du au			
hospitalisation	préciser le service :		
POUR LES SOINS RECUS	•	ondre obligatoirement aux qu	uestions ci-dessous en cochant les cases adéquates
1. Pour les soins qui ont été			es frais conformément à la législation :
des frais conformément à	la législation : française	suisse	os par bénéficiaire, je désire obtenir le remboursement
-	narge partielle des soins dans le p	-	non
ATTESTATION SUR L'HO	ONNEUR À COMPLÉTER PAR	L'ASSURE(E)	
J'atteste sur l'honneur que	e la somme totale réglée s'élève	èà:	(indiquer l'unité monétaire)
Fait à	, le signa	ture de l'assuré(e)	impossibilité de signer

cerfa n° 50978#02

soins reçus à l'étranger

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 évènements 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.