



Centre National de Soins à l'Etranger

Affaire suivie par :
Assuré
NNI :
Bénéficiaire :

Vannes, le 04/05/2016

Madame, Monsieur,

Vous m'avez transmis une demande de remboursement de soins dispensés en Suisse le

Je vous informe que nous ne pouvons procéder au remboursement de ces soins au motif suivant :

La directive 2011/24/UE concernant les soins transfrontaliers n'ayant pas été signée par la Suisse, seuls les soins urgents et médicalement nécessaires, à l'occasion d'un séjour temporaire, peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie française.

Votre dossier ne correspondant pas à ces critères, il ne peut donner lieu à remboursement

Si vous entendez contester cette décision, vous pouvez formuler votre réclamation dans un délai de deux mois à compter de la réception de la présente, à l'adresse suivante :

CPAM de HAUTE-SAVOIE
Commission de recours amiable
2, rue Robert Schuman
74984 ANNECY CEDEX 9

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

P/Le Responsable du Centre.


Centre National de Remboursement
des Soins à l'Etranger **C.N.S.E**

IMPORTANT :

Le courrier qui vous est adressé concerne votre demande de remboursement pour des soins reçus à l'étranger et à ce titre est traité par le Centre National de Soins à l'Etranger. Pour tout autre dossier, votre CPAM demeure votre interlocuteur et vous devez vous adresser à celle-ci.



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 REÇU LES SOINS ET ASSURÉ(E)

• personne ayant reçu les soins

nom et prénom :

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (journalier) si'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 (journalier) si'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 : **Activité indépendante**

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 AIGRISSANT LES SOINS (malaise, chute, blessure, agacement dentaire, bruyance, élévation de la température, soins chirurgicaux, soins ponctuels...)

Suivi dentaire

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
(indiquer l'unité monétaire)

consultation au cabinet médical

le médecin était un généraliste

ou spécialiste

CHF

déplacement du médecin

indiquer la spécialité : **dentiste**

CHF

soins dentaires préciser la nature : suivi dentaire

CHF

prothèse dentaire

CHF

acte(s) de chirurgie préciser la nature :

CHF

pharmacie*

CHF

examen(s) de laboratoire*

CHF

radiologie citer les parties du corps radiographiées :

CHF

acte(s) de kinésithérapie*

CHF

actes infirmiers*

CHF

autre(s) soin(s)* préciser la nature :

CHF

frais de transport* moyen de transport, trajet et km :

CHF

hospitalisation du

au

CHF

préciser le service :

POUR LES SOINS REÇUS DANS L'UE/EEE/SUISSE, joindre obligatoirement aux questionnaires 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

ATTENTION 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 :

CHF

(indiquer l'unité monétaire)

Fait à

le

signature de l'assuré(e)

impossibilité de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement
art. 313-1, 443-1 et 441-1 du Code pénal, art. L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prescriptions servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant,
leur rectification en vous adressant à votre organisme d'assurance maladie.

CNSE S 3125b