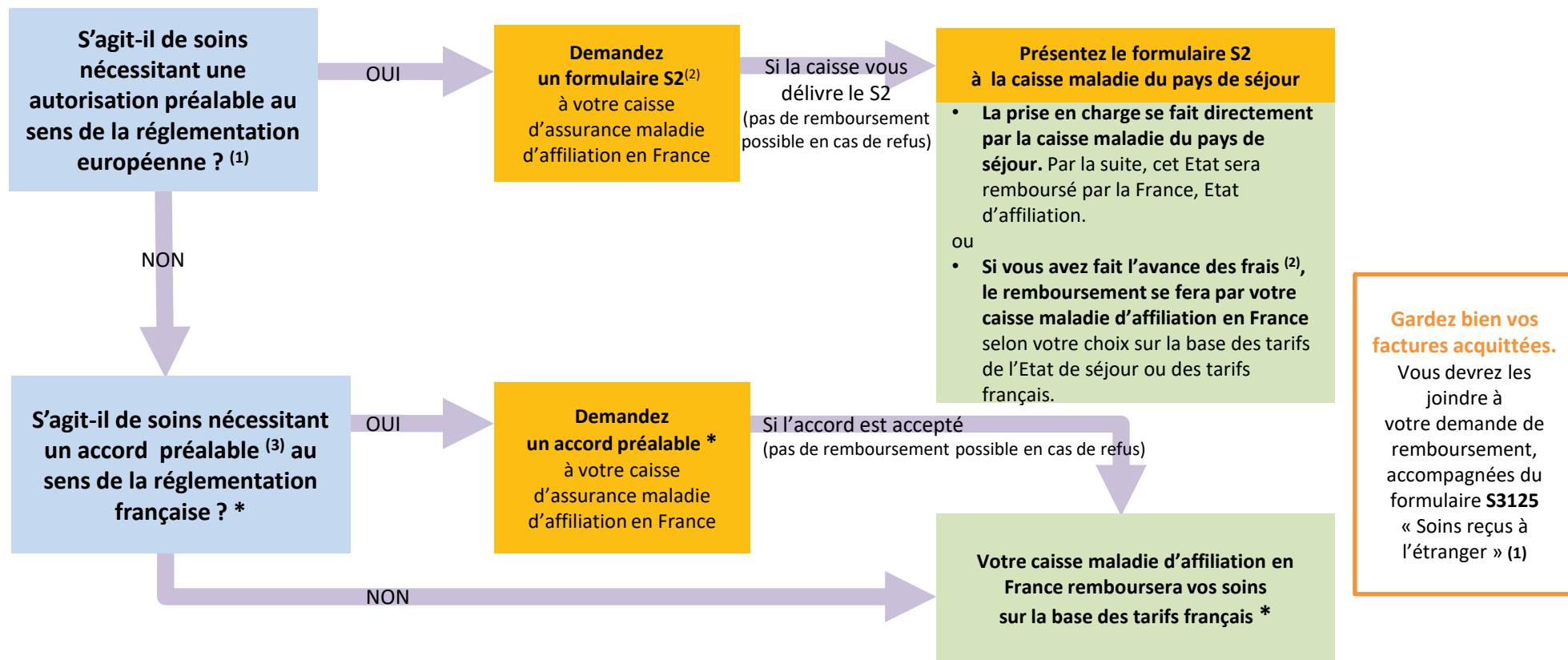


Vous résidez en France et vous vous rendez dans un Etat de l'UE / EEE / Suisse dans le but de recevoir des soins (soins programmés)

Vous êtes affilié(s) en France et souhaitez vous rendre dans un autre Etat de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen (Norvège, Islande, Liechtenstein) ou en Suisse* dans le but d'y recevoir des soins. On parle alors de « soins programmés ».



* Si vous vous rendez en Suisse pour subir de tels soins, aucun remboursement ne pourra intervenir.

(2) Le formulaire S2 ne sera pas accepté par un prestataire de soins privé.

(1) (2) (3) : voir page suivante

Précisions concernant les soins programmés si vous résidez en France...

(1) Les soins nécessitant une

autorisation préalable (au sens de la réglementation européenne) sont les suivants :

- toute hospitalisation d'au moins une nuitée ;
- les soins requérant les équipements matériels lourds : caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons, appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique, scanographe à utilisation médicale, caisson hyperbare, cyclotron à utilisation médicale ;
- les interventions sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
- les interventions par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- les interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ou tout autre acte d'ophtalmologie pratiqué en secteur opératoire ;
- la libération du canal carpien et d'autres nerfs superficiels en ambulatoire ainsi que les autres interventions sur la main pratiquées en secteur opératoire ;
- le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- le traitement du cancer ;
- l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ;
- les soins cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal.

(2) Le formulaire S2

Appelé également document portable S2, il matérialise cette autorisation préalable.

Comment obtenir le S2 ?

C'est votre caisse d'assurance maladie d'affiliation en France qui le délivre. Elle déterminera si vous pouvez l'obtenir au vu du certificat médical détaillé adressé par votre médecin traitant au médecin conseil de votre caisse d'affiliation. Ce certificat doit préciser la maladie, les soins qui doivent être pratiqués, les raisons de leur réalisation à l'étranger, le pays et la structure dans laquelle les soins seront réalisés ainsi que le début et la fin de la période des soins envisagée.

En cas d'urgence vitale, le S2 peut être délivré pour le compte de votre caisse d'affiliation par la caisse maladie du pays dans lequel vous résidez.

Sous quel délai ?

La caisse d'affiliation française doit répondre à l'assuré dans un délai de 14 jours à compter de la réception de sa demande. A défaut de réponse dans ce délai, l'autorisation est réputée accordée et donc les soins sont pris en charge comme si l'assuré avait obtenu un formulaire S2.

Conditions requises pour obtenir le S2

- les soins doivent faire partie du panier de soins remboursés en France.
- les soins doivent être appropriés à votre état de santé.
- les soins ne sont pas disponibles en France dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de votre état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.

(3) **Les soins nécessitant un accord préalable** (au sens de la réglementation française) sont les suivants :

- les traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF),
- les actes de masso-kinésithérapie dans le cadre des situations de rééducation soumises à référentiel,
- certains examens et analyses de laboratoire,
- certains médicaments hypocholestérolémiants,
- certains appareillages médicaux,
- les transports de longue distance (plus de 150 km), les transports en série, les transports en avion ou en bateau de ligne régulière, les transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psychopédagogiques (CMPP).

Comment obtenir l'accord préalable ?

En pratique, c'est votre médecin ou le professionnel de santé que vous consultez qui vous informera de la nécessité d'effectuer une demande d'accord préalable.

Dans cette situation, il remplit un formulaire de demande d'accord préalable et vous le remet.

Complétez le formulaire et adressez-le au service médical de votre caisse d'Assurance Maladie en France à l'attention, selon le cas, de « M. le médecin conseil » ou de « M. le dentiste conseil ».

À noter : vous devez joindre obligatoirement la prescription médicale ou sa copie lorsqu'il s'agit d'actes ou de traitements réalisés par un auxiliaire médical (masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste), un transporteur sanitaire, un prestataire d'analyses ou d'examens de laboratoire ou d'appareillage médicaux.

Sous quel délai ?

Votre caisse d'Assurance Maladie dispose d'un délai de 15 jours à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable pour se prononcer.

L'absence de réponse dans ce délai de 15 jours vaut acceptation.

Les refus de prise en charge font l'objet d'une réponse par courrier avec indication des voies de recours dont vous disposez pour contester la décision.

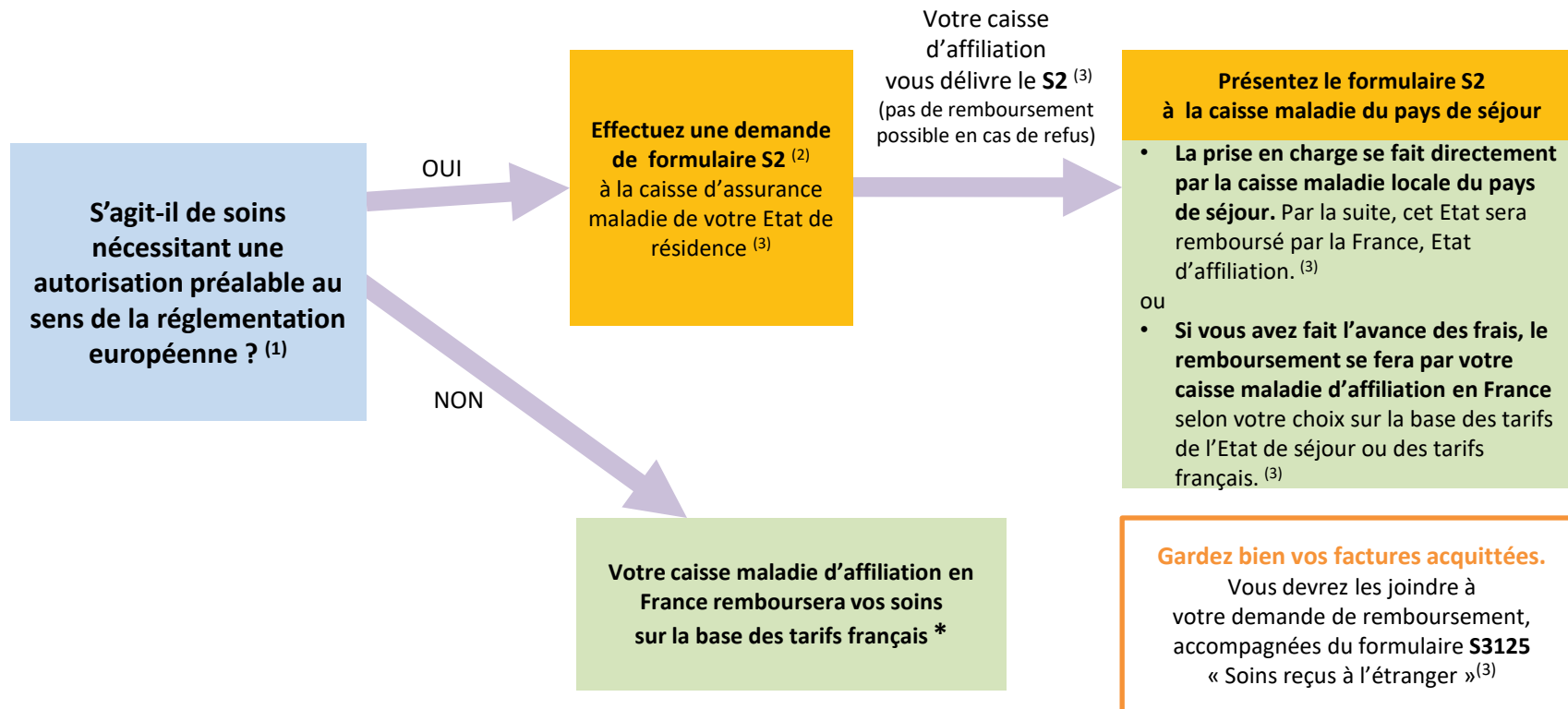
En cas d'urgence

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le médecin ou le professionnel de santé dispense l'acte. Il doit toutefois établir une demande d'accord préalable en y indiquant la mention « Acte d'urgence ».

A noter : Les dispositions du (3) ne s'appliquent pas pour des soins en Suisse

Vous résidez dans un Etat membre de l'UE/EEE/Suisse et vous vous rendez hors de votre Etat de résidence et hors de votre État d'affiliation dans le but de recevoir des soins (soins programmés)

Vous êtes affilié(e) en France mais résidez dans un Etat de l'UE/EEE/Suisse et vous souhaitez vous rendre hors de votre Etat de résidence et de votre Etat d'affiliation dans le but de recevoir des soins dans un 3^{ème} État*.
On parle alors de « soins programmés ».



* Si vous vous rendez en Suisse pour subir des soins non soumis à autorisation préalable au sens de la réglementation européenne, aucun remboursement ne pourra intervenir.

(2) Le formulaire S2 ne sera pas accepté par un prestataire de soins privé.

(1) (2) (3) : voir page suivante

Précisions concernant les soins programmés en cas de résidence hors de votre Etat d'affiliation...

A quelle caisse dois-je m'adresser si je veux bénéficier de soins hors de mon Etat de résidence et hors de mon Etat d'affiliation ?

Vous devez déposer votre demande auprès de la caisse maladie auprès de la quelle vous êtes inscrit dans votre Etat de résidence.

(1) **Les soins nécessitant une autorisation préalable** sont définis par la législation applicable dans votre Etat de résidence. Vous devez vous renseigner auprès de la caisse maladie auprès de laquelle vous êtes inscrit.

(2) Le formulaire S2

Appelé également document portable S2, il matérialise cette autorisation préalable.

(3) Qui délivre le S2 ?

Il s'agit normalement de votre caisse d'assurance maladie d'affiliation française mais, en cas d'urgence il peut être délivré pour le compte de votre caisse d'affiliation par la caisse maladie du pays dans lequel vous résidez.

Cas particuliers :

- Si vous êtes membre de la famille* d'un travailleur ne résidant pas dans le même état que ce dernier, OU
- Si vous êtes pensionné du seul régime français et membre de sa famille*, OU
- Si vous êtes membre de la famille* du pensionné ne résidant pas dans le même état que ce dernier,

Et que vous résidez dans un des États suivants :

Chypre, Espagne, Finlande, Irlande, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et Suède, alors le S2 est délivré par l'institution du lieu de résidence et celle-ci supporte la charge des soins. ⇨

Si vous avez fait l'avance des frais, présentez les factures acquittées à cette institution de résidence.

Conditions requises pour obtenir le S2

- Les soins doivent faire partie du panier de soins remboursés dans votre pays de résidence;
- les soins doivent être appropriés à votre état de santé;
- les soins ne sont pas disponibles dans votre pays de résidence et dans votre Etat d'affiliation dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de votre état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.

* Définition du membre de la famille : article 1, i) du règlement (CE) 883/2004