

LA CARTE EUROPEENNE D'ASSURANCE MALADIE (CEAM)

La CEAM facilite la prise en charge des soins médicaux en Europe. Elle permet d'accéder aux professionnels de santé et aux hôpitaux du pays visité, sans démarche préalable, dans les mêmes conditions et aux mêmes tarifs que les assurés du pays.

UTILISATION DE LA CEAM

Cette carte peut être utilisée en cas de séjour temporaire sur le territoire d'un autre Etat membre que celui dans lequel vous êtes affilié. Cette carte n'est valable que pour la prise en charge de soins inopinés durant votre séjour (vacances, séjour professionnel, séjours linguistiques, etc...).

Elle est valable en : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède et Suisse.

Dans le cadre du Brexit : en cas de séjour temporaire au Royaume-Uni pour les assurés d'un régime européen ou en cas de séjour dans un Etat couvert par la CEAM pour les assurés britanniques, les soins engagés avant le 31 décembre 2020 seront couverts par la CEAM.

A compter du 1er janvier 2021, en l'absence d'accord sur la relation future, vous devrez avoir une assurance couvrant vos frais de santé, ces frais étant entièrement à votre charge.

PRSE EN CHARGE DES SOINS

La CEAM permet un accès direct au système de santé public du pays de séjour sans avoir à engager de démarche préalable auprès de l'institution locale. Elle garantit également une couverture des maladies chroniques ou préexistants ainsi que la grossesse et l'accouchement si le but du séjour à l'étranger n'est pas de bénéficier de soin.

Si la prestation est gratuite pour les assurés du pays, elle le sera également pour vous. Vous n'aurez pas à avancer d'argent, sauf éventuellement le paiement du ticket modérateur (qui correspond aux frais restant à votre charge).

Si la prestation est payante, vous devez faire l'avance des frais et demander le remboursement :

- Soit à l'institution d'assurance maladie compétente dans le pays du lieu de votre séjour. La prise en charge se fait alors selon la législation et les formalités en vigueur dans le pays concerné ;
- Soit, si vous n'avez pas demandé le remboursement lors de votre séjour, à votre retour en France. Vous devez alors conserver les factures et les présenter à votre organisme d'assurance maladie accompagné du [formulaire cerfa 12267*4](#) « Soins reçus à l'étranger ». Vous avez alors le choix de vous faire rembourser sur la base des tarifs de la sécurité sociale française ou des tarifs du pays de séjour.

BENEFICIAIRE DE LA CEAM

Toute personne ressortissant d'un État de l'Union européenne ou à celui de la Norvège, de l'Islande, du Liechtenstein ou de la Suisse y a le droit.

OU ET COMMENT LA COMMANDER ?

La CEAM doit être demandée auprès de la caisse dont vous relevez pour l'assurance maladie au moins 15 jours avant votre départ.

Pour les assurés français,

-Régime général : sur votre compte ameli, par téléphone 3646, dans un des points d'accueil de votre caisse d'assurance maladie ;

-Mutualité sociale agricole (MSA) : sur votre espace privé ou auprès de votre caisse départementale

La CEAM est individuelle et nominative : chaque personne de la famille doit avoir sa propre carte, même les enfants de moins de 16 ans. Les cartes délivrées par la France sont valables 2 ans, cette durée varie selon les États (Voir la durée de validité de la CEAM dans les autres États).

Si la carte ne peut pas être délivrée avant votre départ (car demandée trop tardivement), un certificat provisoire de remplacement (CPR) valable 3 mois vous sera remis.

SEJOUR DANS UN ETAT TIERS

Les soins médicaux pendant votre séjour dans un Etat tiers ne sont pas couverts par la CEAM. Les frais médicaux sur place sont à votre charge.

À votre retour en France, vous pouvez adresser les prescriptions, les factures acquittées et les justificatifs de paiement ainsi que le [formulaire S3125](#) «Soins reçus à l'étranger» à votre caisse d'assurance maladie.

Au vu des justificatifs, le médecin conseil du service médical de votre caisse d'assurance maladie appréciera si vous étiez ou non dans une situation d'urgence et, selon le cas, accordera ou non le remboursement de vos soins. Il s'agit d'une possibilité et non d'une obligation. En cas de refus, aucune contestation n'est possible.

En cas d'accord, les soins sont remboursés sur la base et dans la limite des tarifs forfaitaires français en vigueur (et non sur la base des dépenses réelles).