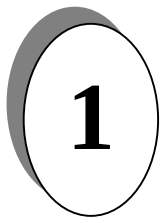


GUIDE FRONTALIERS FRANCO-BELGE

SOMMAIRE

- [Fiche 1 : Généralités](#)
- [Fiche 2 : Formalités d'inscription](#)
- [Fiche 3 : Prise en charge des soins en assurance maladie](#)
- [Fiche 4 : Incapacité de travail en maladie](#)
- [Fiche 5 : Prise en charge des soins en maternité](#)
- [Fiche 6 : Indemnisation en assurance maternité/paternité](#)
- [Fiche 7 : Prise en charge des soins en accident du travail et maladie professionnelle](#)
- [Fiche 8 : Incapacité de travail en accident du travail et maladie professionnelle](#)
- [Fiche 9 : Assurance invalidité](#)
- [Fiche 10 : Changements de situation](#)
- [Fiche 11 : Situations particulières](#)
- [Fiche 12 : Séjours à l'étranger](#)



VOUS TRAVAILLEZ EN FRANCE ET RESIDEZ EN BELGIQUE

I. *GENERALITES*

➤ Suis-je travailleur frontalier ?

Vous possédez le statut de travailleur frontalier au sens des règlements communautaires de Sécurité Sociale si :

→ Vous exercez votre activité salariée en France et résidez légalement en Belgique, où vous retournez chaque jour ou au moins une fois par semaine.

→ Auprès de qui suis-je assuré ?

Vous relevez de la Sécurité Sociale française. Votre dossier est géré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de votre lieu de travail pour les prestations des assurances Maladie - Maternité - Invalidité - Décès - Accidents du Travail et Maladies Professionnelles.

VOUS TRAVAILLEZ EN FRANCE ET RESIDEZ EN BELGIQUE

II. **FORMALITES D'INSCRIPTION**

➤ Que dois-je faire en France ?

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter selon qu'il s'agit d'un premier emploi, d'un changement d'adresse (de France en Belgique), d'un changement d'activité, etc ; aussi nous vous invitons à vous adresser à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de votre lieu de travail qui vous indiquera les démarches à accomplir et les documents à fournir.

SACHEZ QUE :

Il sera demandé les documents officiels relatifs à votre état civil (sauf si vous êtes déjà identifié dans les fichiers de la Caisse Primaire), un Relevé d'Identité Bancaire ou un Relevé d'Identité Postal d'un compte ouvert en France, ainsi que les éléments sur votre situation familiale.

NOTEZ QUE :

S'il s'agit d'un premier emploi en France, votre employeur établit une « demande d'immatriculation d'un travailleur ».

Si vous étiez assuré en Belgique, la mutualité belge vous délivre, à votre demande, un formulaire E 104, à remettre à la Caisse Primaire.

Si les conditions d'ouverture de droit sont remplies, la Caisse Primaire vous fait parvenir une carte « Vitale » et une attestation de droits pour les soins dispensés en France ainsi qu'un formulaire E 106 pour les soins dispensés en Belgique.

➤ Que dois-je faire en Belgique ?

Pour bénéficier de la prise en charge des soins de santé sur le territoire belge, par l'institution de Sécurité Sociale belge, vous remettez le formulaire E 106, délivré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, à la mutualité belge de votre choix.

➤ Suis-je assuré pour toute ma famille ?

→ Pour les soins en France

Vous bénéficiez des prestations pour vous même et vos proches reconnus ayants droit selon la législation française, à condition que votre conjoint(e) n'ouvre pas droit auprès d'un régime belge de sécurité sociale.

→ Pour les soins en Belgique

Vous bénéficiez des prestations pour vous même et vos proches reconnus ayants droit selon la législation belge, à condition que votre conjoint(e) n'ouvre pas droit auprès d'un régime belge de sécurité sociale.

VOUS TRAVAILLEZ EN FRANCE ET RESIDEZ EN BELGIQUE

III. PRISE EN CHARGE DES SOINS EN ASSURANCE MALADIE

➤ Puis-je me faire soigner en France et en Belgique ?

Oui, néanmoins pour les soins sur le territoire français, en ce qui concerne les membres de votre famille, la reconnaissance de la qualité d'ayant droit résulte de la législation française d'une part, nécessite que ces membres ne possèdent pas de droit sur le territoire belge d'autre part.

➤ Je me fais soigner en France par un prestataire de santé (médecin, dentiste, kinésithérapeute, infirmière etc.) que se passe-t-il ?

→ Le professionnel de santé utilise la carte vitale.

Vous réglez les actes et/ou les fournitures et vous serez remboursé rapidement sans autre formalité.

→ Le professionnel de santé n'utilise pas la carte vitale

Vous réglez les actes et/ou les fournitures et vous faites parvenir les feuilles de soins et/ou la facture (accompagnées de la prescription et des vignettes) complétées par vos soins à votre Caisse Primaire.

NOTEZ QUE :

Dans certaines situations, vous pouvez être dispensé de l'avance des frais en partie ou en totalité.

Et si je suis hospitalisé en France ?

Vous présentez votre carte vitale à l'établissement qui se charge des démarches administratives vis-à-vis de la Caisse Primaire.

Que reste-t-il à ma charge ?

En principe le patient supporte un « ticket modérateur ».

Dans certains cas, le patient peut prétendre à une prise en charge à 100 %.

	Prise en charge Sécurité Sociale	Ticket modérateur = part de l'assuré
Hospitalisation (frais de séjour, honoraires, analyses, ...) (Prise en charge à 100 % dans certains cas sauf forfait hospitalier)	80 %	20 %
Honoraires des médecins, dentistes et sages-femmes	70 %	30 %*
◆ Médicaments à vignette blanche ◆ Préparations pharmaceutiques ◆ Frais de transport ◆ Frais de cure thermale (sauf honoraires médicaux à 70 %) ◆ Accessoires et pansements, petit appareillage et articles de prothèse, optique	65 %	35 %
◆ Honoraires des auxiliaires médicaux (masseurs kinésithérapeutes, infirmiers ...) ◆ Frais d'analyses médicales	60 %	40 %
Médicaments à vignette bleue	35 %	65 %

⊗ attention : sur la base du tarif
« Sécu »

*+10

VOUS TRAVAILLEZ EN FRANCE ET RESIDEZ EN BELGIQUE

IV. INCAPACITE DE TRAVAIL - MALADIE

- Souffrant, je suis en arrêt de travail, que dois-je faire ?
 - Envoyer la prescription d'arrêt de votre médecin au Service Médical de votre Caisse Primaire directement ou via votre Mutualité dans les 48 heures
 - Si vous êtes hospitalisé en France, envoyez le bulletin de présence, délivré par l'établissement, à votre Caisse Primaire.
 - Si vous êtes hospitalisé en Belgique, envoyer l'attestation d'entrée ou une prescription d'arrêt de travail, délivrée par l'établissement, à votre Caisse Primaire.

ATTENTION

Il convient également d'aviser votre employeur.

- Dois-je adresser d'autres documents ?
 - Oui : l'attestation de salaire établie par votre employeur (modèle S 3201) dès le début de votre arrêt de travail. Dès la reprise effective du travail, l'attestation de reprise établie par votre employeur, un justificatif concernant votre domiciliation fiscale .
- Ai-je d'autres obligations ?
 - Vous ne pouvez quitter votre domicile que pendant les heures de sorties autorisées (en règle générale 10h à 12h - 16h à 18h).
 - Vous devez répondre aux convocations du médecin conseil de votre Caisse Primaire.
- A partir de quand et comment suis-je indemnisé ?
 - Si vous remplissez les conditions d'ouverture des droits aux indemnités (200h de travail dans les 3 mois qui précèdent la date effective d'arrêt du travail), les indemnités journalières vous seront accordées à compter du 4^{ème} jour d'arrêt.
 - Elles sont dues pour chaque jour, ouvrable ou non, et versées pour une durée maximale qui diffère selon qu'il s'agit ou non d'une affection de longue durée.
En règle générale, le montant de l'indemnité journalière est calculé à partir des salaires bruts plafonnés des 3 derniers mois ; l'indemnité journalière est égale à 1/180^{ème} de l'addition de ces 3 paies.
Si vous êtes fiscalisé sur le territoire belge, vos indemnités journalières ne seront pas soumises aux retenues Contribution Sociale Généralisée et Remboursement de la Dette Sociale.

SACHEZ QUE

La subrogation :

En cas de maintien total ou partiel du salaire, votre employeur peut, avec votre accord, percevoir les indemnités journalières qui vous sont dues.

VOUS TRAVAILLEZ EN FRANCE ET RESIDEZ EN BELGIQUE

V. *MATERNITE - PRISE EN CHARGE DES SOINS*

➤ Puis-je effectuer les actes en Belgique et en France ?

→ OUI :

Vous et vos ayants droit (conjointe et enfants).

Si vous envisagez d'effectuer l'ensemble des actes en Belgique, rapprochez-vous de votre Mutualité.

Si vous envisagez d'effectuer tout ou partie des actes en France, il convient d'adresser à votre Caisse Primaire un certificat médical précisant la date de début de grossesse.

Du début de grossesse jusqu'à la fin du 5^{ème} mois, les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes sont pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité.

A compter du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'à l'accouchement, l'ensemble des actes effectués sur le territoire français est pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité (sauf les médicaments à vignette bleue).

SACHEZ QUE :

Pour tout autre renseignement utile sur la prise en charge des actes effectués en France et liés à la maternité, n'hésitez pas à contacter votre Caisse Primaire.

VOUS TRAVAILLEZ EN FRANCE ET RESIDEZ EN BELGIQUE

VI. INDEMNISATION MATERNITE - PATERNITE

Celle-ci ne concerne que l'assuré(e). Elle est servie par la Caisse Primaire.

L'indemnisation maternité

- Sous quelles conditions puis-je prétendre aux indemnités journalières maternité ?
 - Etre immatriculée depuis au moins 10 mois à la date présumée d'accouchement et
 - justifier d'au moins 200 heures d'activité salariée dans les 3 mois ou les 90 jours précédant la date de début de grossesse ou celle du début du repos prénatal.
- A partir de quand et combien de temps toucherais-je ?
Le tableau ci-dessous vous donne toute précision.

PRESTATIONS EN ESPECES
DUREE D'ATTRIBUTION DU CONGE MATERNITE

TYPES DE GROSSESSE		DUREE TOTALE DU CONGE (en semaines)	PERIODE PRENATALE (en semaines)	PERIODE POSTNATALE (en semaines)
Gros- sesse	L'assurée ou le ménage a moins de deux enfants	16	6 ¹	10
	L'assurée ou le ménage assume déjà la charge d'au moins deux enfants ou l'assurée a déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables	26	8 ^{(1) 2}	18
Grossesse gémellaire		34	12 ^{(1) 3}	22
Grossesse de triplés (ou +)		46	24 ⁽¹⁾	22

- Quel est le montant de l'indemnité journalière ?
Elle est égale à 100 % du gain journalier net de base.
Le gain journalier net est calculé à partir du salaire de référence brut, diminué de la part salariale des cotisations légales et conventionnelles, des 3 mois précédant l'arrêt de travail, dans la limite du plafond de la Sécurité Sociale.
- Quel justificatif devrais-je fournir ?
→ L'attestation modèle S 3201n complétée par votre employeur permettra à votre Caisse Primaire d'étudier votre droit aux indemnités journalières et de déterminer le montant des indemnités.

SACHEZ QUE :

Vous devez cesser effectivement toute activité durant vos congés pré et postnataux.

L'indemnisation paternité

- Sous quelles conditions puis-je prétendre aux indemnités journalières paternité ?
→ Après la naissance de votre enfant vous pouvez obtenir un congé de paternité de 11 jours consécutifs (18 jours consécutifs en cas de naissance multiple) y compris samedi et dimanche.
Ce congé n'est pas fractionnable. Il doit obligatoirement (sauf exception) débiter dans les 4 mois à compter de la naissance.

¹ En cas d'état pathologique attesté par certificat médical comme résultant de la grossesse, le repos prénatal peut être augmenté de 2 semaines au plus

² La période prénatale peut être augmentée de 2 semaines maximum sans justification médicale. La période postnatale est alors réduite d'autant.

³ La période prénatale peut être augmentée de 4 semaines maximum sans justification médicale. La période postnatale est alors réduite d'autant.

Vous devez justifier des conditions d'immatriculation et de salariat identiques à celles prévues pour le congé maternité (voir ci-dessus).

Vous devez informer votre employeur de la date de début et de la durée du congé paternité par lettre recommandée avec accusé de réception un mois minimum avant la date choisie de début de ce congé.

➤ Quel est le montant de l'indemnité journalière ?

→ Il est égal à celui prévu en maternité (voir ci-dessus).

➤ Quel justificatif devrais-je fournir ?

→ L'attestation modèle S 3201n (voir ci-dessus).

VOUS TRAVAILLEZ EN FRANCE ET RESIDEZ EN BELGIQUE

VII. ***LA PRISE EN CHARGE DES SOINS ACCIDENT DU TRAVAIL ET MALADIE PROFESSIONNELLE***

- Qui me couvre en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ?
 - Comme en assurance maladie-maternité, c'est la Caisse Primaire de votre lieu de travail qui a compétence à gérer votre dossier.
- Quelles sont les formalités en cas d'accident du travail ?
 - Dès la survenance de l'accident (intervenu sur le lieu de travail ou au cours du trajet), prévenez immédiatement votre employeur. Celui-ci dispose de 48 heures pour le déclarer à votre Caisse Primaire. Par ailleurs, il doit vous remettre une feuille accident de travail (modèle S 6201b) qui vous permet d'obtenir gratuitement sur le territoire français les soins et médicaments.
Votre médecin établit un certificat médical initial qu'il doit transmettre immédiatement à la Caisse.
- Quelles sont les formalités en matière de maladie professionnelle ?
 - Si vous entendez obtenir la reconnaissance d'une maladie professionnelle, il vous appartient d'en faire la demande au moyen d'un imprimé spécifique (modèle S 6100a) accompagné d'un certificat médical. La caisse vous délivre une feuille de soins (modèle S 6201b).
- Que se passe-t-il ensuite ?
 - Sous réserve de la reconnaissance de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle par la Caisse Primaire vous êtes pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité et dispensé de l'avance des frais pour les soins et fournitures en rapport, sur le territoire français.
- Et pour les soins dispensés en Belgique ?

La Caisse Primaire vous délivre un E 123 à remettre à votre mutualité.
- Combien de temps suis-je couvert ?

Tant que les soins en relation avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle sont justifiés par certificat médical, ils sont pris en charge dans les cas évoqués ci-dessus.
Lorsque vous êtes guéri ou consolidé, votre médecin établit pour la Caisse un certificat final descriptif.

VOUS TRAVAILLEZ EN FRANCE ET RESIDEZ EN BELGIQUE

VIII. INCAPACITE DE TRAVAIL - ACCIDENT DU TRAVAIL/ MALADIE PROFESSIONNELLE

- Par qui et comment suis-je indemnisé de ma perte de salaire ?
 - Pendant l'incapacité temporaire totale : le jour de l'accident est payé par votre employeur ; en cas d'arrêt de travail médicalement prescrit pour accident du travail, l'indemnisation débute, en général, le lendemain de la cessation d'activité si les 2 conditions, cessation et prescription d'arrêt sont simultanément remplies.

Les indemnités journalières sont dues pour toute la période de l'incapacité temporaire de travail. Elles sont versées au plus tard jusqu'au jour de la guérison ou de la consolidation de la blessure ou de la maladie professionnelle, indiqué par votre médecin sur un certificat final descriptif.

Elles sont calculées en fonction de gain journalier de base du mois qui précède. Durant les 28 premiers jours, l'indemnité est égale à 60 % du gain journalier, elle passe à 80 % à compter du 29^{ème} jour.

SACHEZ QUE :

L'indemnité ne peut être supérieure au revenu net d'activité perçu.

- Après l'interruption temporaire de travail
 - Si à la suite de cet accident vous conservez une incapacité permanente, partielle ou totale, vous pouvez bénéficier d'une indemnisation sous forme de rente ou de capital.
- Comment cela se passe-t-il ?
 - Au vu du certificat de consolidation, le service médical, en fonction de plusieurs critères (état général, nature de l'infirmité, âge...) détermine votre taux d'incapacité. La caisse vous notifie la décision.
- Combien vais-je toucher ?
 - Si votre taux d'incapacité est inférieur à 10 %, vous percevez un capital, dont le montant forfaitaire est fixé par décret.
 - Si ce taux est égal ou supérieur à 10 % vous percevez une rente dont le montant est fonction du taux d'incapacité et des salaires des 12 mois précédant l'arrêt de travail dû à l'accident.

VOUS TRAVAILLEZ EN FRANCE ET RESIDEZ EN BELGIQUE

IX. INVALIDITE

- Qu'est-ce qu'une pension d'invalidité ?
 - La pension d'invalidité est destinée à compenser en partie la perte de salaire résultant d'une affection ou d'un accident non professionnel.
Elle est accordée uniquement à l'assuré (exception : la pension de veuf ou veuve invalide) et est servie à titre temporaire.
- Y-a-t'il des conditions pour y prétendre ?
 - Oui :
 - une condition d'âge : moins de 60 ans
 - une condition de durée d'immatriculation : au moins 12 mois au 1^{er} jour du mois au cours duquel est survenue soit l'interruption de travail suivi de l'invalidité, soit la constatation médicale de l'état invalidant en cas d'usure prématurée de l'organisme
 - une condition d'activité suffisante : 800 heures de travail salarié dans les 12 mois civils précédant ces mêmes dates dont au moins 200 heures au cours des 3 premiers mois
 - une condition médicale : avoir une capacité de travail ou de gain réduite d'au moins 2/3 liée à votre problème de santé : le degré d'incapacité est apprécié par le médecin conseil qui statue après examen du demandeur et/ou au vu des éléments médicaux transmis (y compris par l'institution belge)
- Quel est le montant de la pension ?
 - La pension d'invalidité est calculée sur le salaire annuel moyen des 10 meilleures années, dans la limite du plafond de la Sécurité Sociale.

Le montant varie selon la catégorie dans laquelle vous êtes classé.

CATEGORIES DE PENSION	CRITERES MEDICAUX D'ATTRIBUTION	MONTANT = % DU SALAIRE ANNUEL MOYEN
1 ^{ère} catégorie	vos état de santé vous permet d'exercer une activité	30 %
2 ^{ème} catégorie	vos état de santé ne vous permet pas d'exercer une activité	50 %
3 ^{ème} catégorie	vos état de santé ne vous permet pas d'exercer une activité et l'assistance d'une tierce personne est nécessaire pour effectuer les actes de la vie quotidienne	50 % + Majoration pour tierce personne (montant fixé par décret)

- A quelle périodicité je touche ma pension ?

La pension d'invalidité est payée tous les mois à terme échu.
Chaque trimestre, vous devez retourner le questionnaire portant sur votre situation et vos ressources : à défaut le service de la pension est suspendu.
- Cette pension m'est-elle acquise à titre définitif ?

La pension est toujours attribuée à titre temporaire.
Elle peut être révisée, suspendue ou supprimée pour des raisons médicales ou administratives.
Lorsque vous avez atteint l'âge de 59 ans et 6 mois, la Caisse Primaire avise la Caisse Régionale d'Assurance Maladie qui vous contacte pour la constitution de votre dossier de pensionné (à 60 ans).
- Ai-je toujours droit aux soins de santé en Belgique et en France

- Oui, si vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité 1^{ère} catégorie et conservez une activité salariée suffisante en France.
- Non, si vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité 1^{ère} catégorie et n'exercez pas d'activité salariée suffisante en France ou si vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité 2^{ème} catégorie.
Dans ce cas, la Caisse Primaire vous délivre un formulaire E 121 à remettre à votre mutualité pour la couverture des soins de santé en Belgique.

Pour les séjours en France ou dans tout autre pays de l'Union Européenne/Espace Economique Européen et en Suisse si vous êtes ressortissant d'un pays de l'Union Européenne, votre mutualité vous délivrera une Carte Européenne d'Assurance Maladie ou un formulaire E 112 (voir fiche 12 : séjours à l'étranger).

X. *CHANGEMENT DE SITUATION*

- Je cesse mon travail en France et je suis au chômage en Belgique.
- Je reprends une activité en Belgique : que dois-je faire ?
 - Vous devez aviser la Caisse Primaire auprès de laquelle vous étiez assuré. Celle-ci vous fournira, sur présentation d'une attestation de votre ou de vos derniers employeurs indiquant vos dates d'embauche et de fin de contrat, ou vos bulletins de paie des 6 derniers mois, un formulaire E 104 à l'attention de votre Mutualité belge qui vous apportera toute précision sur votre nouvelle couverture sociale.

Vous devez restituer votre carte vitale.

- Je change d'employeur mais je continue à travailler en France. Que dois-je faire ?
 - Contactez la Caisse Primaire auprès de laquelle vous êtes assuré. Celle-ci vous précisera si vous continuez à en dépendre ou vous indiquera les coordonnées de la nouvelle Caisse Primaire qui gèrera votre dossier, à charge pour vous de contacter cet organisme (en France, pour un travailleur frontalier la Caisse Primaire compétente est celle du lieu de travail).

Contactez la Caisse Primaire qui gère votre dossier : elle vous fournira toute précision sur la continuité de la couverture sociale par ses soins, ou vous indiquera les coordonnées de la Caisse Primaire que vous devez contacter.

Autres changements

- Je prends une activité indépendante ou agricole en France ;
- Je deviens fonctionnaire ;
- Je passe en préretraite ;
- Je prends ma retraite ;
- Je viens habiter en France ;
- Ma situation de famille a changé. ;

Contactez la Caisse Primaire qui gère votre dossier.

VOUS TRAVAILLEZ EN FRANCE ET RESIDEZ EN BELGIQUE

XI. SITUATIONS PARTICULIERES

- Activité salariée. Comment cela se passe-t-il ?

Si :

- Je suis salarié en Belgique et en France

Dans ces conditions, vous n'avez pas le statut de travailleur frontalier ; vous dépendez du régime de Sécurité Sociale belge.

Les cotisations correspondantes à votre activité sur le territoire français doivent être versées à l'Office National de Sécurité Sociale qui doit établir une attestation (modèle E 101) destinée à votre employeur français lui permettant de justifier auprès de l'U.R.S.S.A.F. l'absence de cotisations au régime français.

- Je suis salarié en France et travailleur indépendant en Belgique (ou inversement) ?

Vous n'avez pas le statut de travailleur frontalier.

Dans ces conditions, vous dépendez de la Sécurité Sociale belge pour l'activité exercée en Belgique et de la Sécurité Sociale française pour l'activité exercée en France.

VOUS TRAVAILLEZ EN FRANCE ET RESIDEZ EN BELGIQUE

XII. *SEJOUR A L'ETRANGER*

- Je séjourne à l'étranger dans un pays autre que la Belgique et la France. Que dois-je faire ?
 - Séjour touristique dans l' E.E.E., si vous êtes ressortissant de l'Union Européenne (pour les autres nationalités, et pour les séjours en Suisse, veuillez contacter votre Caisse Primaire).

Vous devez solliciter la Carte Européenne d'Assurance Maladie auprès de votre Caisse Primaire.
Ce document, établi pour chacun des membres de votre famille, permet d'obtenir la prise en charge (tout ou partie) des soins par l'organisme de Sécurité Sociale du lieu de séjour.
Si vous n'avez pu obtenir le remboursement sur place, adressez vos factures acquittées au retour à votre Caisse Primaire en précisant si vous souhaitez le règlement selon la législation française ou selon celle du pays de séjour (si vous optez pour le règlement selon la législation française, celui-ci interviendra plus rapidement).
En cas d'incapacité de travail survenu pendant le séjour, il est impératif de contacter l'organisme du lieu de séjour afin de préserver vos droits éventuels aux indemnités journalières.
 - Séjour en vue de se faire soigner dans l'E.E.E.

Vous devez solliciter, certificat médical à l'appui, l'accord médical et administratif de votre Caisse Primaire.
Si l'autorisation est accordée, un formulaire E 112 vous sera délivré pour prise en charge (tout ou partie) des soins par l'organisme de Sécurité Sociale du lieu de séjour.
 - Séjour professionnel dans l'U.E./E.E.E. hors France et en Suisse (mission-détachement).

Votre employeur doit solliciter, auprès de la Caisse Primaire un formulaire E 101. (Si vous n'êtes pas ressortissant de l'Union Européenne, d'autres formalités sont prévues pour certains pays)

Vous pouvez obtenir de votre Caisse Primaire une Carte Européenne d'Assurance Maladie, à utiliser dans les mêmes conditions que pour un séjour touristique.
 - Séjour professionnel hors de l'U.E./E.E.E.

Contactez votre Caisse Primaire.