



Prise en charge des soins par une institution locale

Muni du document portable S1, vous devez vous inscrire auprès de l'institution locale de protection sociale danoise qui vous remettra un document attestant de votre inscription. Celui-ci sera à présenter aux professionnels et aux établissements de santé.

L'inscription confère une égalité de traitement entre citoyens européens. Vous serez donc pris en charge, pour les seules prestations en nature de l'assurance maladie maternité, comme un ressortissant du Danemark avec les droits et obligations qui en découlent. Le mieux est de vous renseigner auprès de l'institution locale afin d'en être informé.

Lors de votre installation au Danemark, vous devez prendre contact avec votre commune de résidence afin de savoir si vous devez vous inscrire au registre de la population ou si vous en êtes exempté.

Chaque assuré reçoit une carte de santé (sundhedskort) à présenter aux professionnels de santé ou établissements de soins. En principe, vous pouvez opter pour une protection via un médecin traitant choisi librement parmi les médecins agréés, lequel vous enverra, le cas échéant, vers un spécialiste. Dans une telle hypothèse, vous ne verserez aucune participation. Vous avez également la possibilité d'être totalement libre d'aller consulter un spécialiste, de choisir un médecin non agréé... mais vous devrez supporter des frais supplémentaires non pris en charge.

Les soins dentaires sont gratuits pour les moins de 18 ans, ceux de 18 à 25 ans supportent 35 % des frais (traitements et soins figurant sur une liste) et 60 % à partir de 26 ans.

Les séances de chiropractie sont prises en charge.

Il n'y a pas de participation de l'assuré en cas d'hospitalisation en hôpital public. Le secteur privé agréé est pris en charge dans la limite des tarifs du secteur public.

Les produits pharmaceutiques prescrits par un médecin ou un dentiste doivent figurer, comme en France, sur une liste pour être pris en charge. Là encore, une participation à taux variable vous sera demandée suivant l'âge du patient, sa maladie et le montant des frais pharmaceutiques exposés au cours d'une année, voire un refus de prise en charge vous sera opposé.

Toute participation laissée à votre charge doit être présentée à votre organisme complémentaire.

Organisme de liaison pouvant être consulté, à toutes fins utiles :
Sundhedsstyrelsen : <http://sundhedsstyrelsen.dk/en> (site en anglais)
Health and Medicines Authority
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Danemark
Tél. : 00.45.72.22.74.00
Courriel : sst@sst.dk

Si votre situation familiale change durant votre affectation, il convient d'en informer la **CNMSS** et d'adresser le justificatif (acte de mariage - [Cerfa 15529](#), de naissance - [Cerfa 12621](#), ...). N'omettez pas d'y préciser votre numéro de sécurité sociale.

Soins en France pendant l'affectation :

Les militaires affectés à l'étranger ou dans une collectivité outre-mer ou à Mayotte, et leurs ayants droit qui résident avec eux, ne sont pas concernés par le système du médecin traitant et du parcours de soins coordonné.

Précisez votre situation (affecté à ...) au médecin afin que celui-ci indique sur la feuille de soins papier "**Hors résidence habituelle**" (ou le code **MTH** pour une feuille de soins électronique sur présentation de la carte Vitale), y compris pour les médecins en accès spécifique direct (ophtalmologue, gynécologue...).

Vous avez également la possibilité d'adresser vos dossiers de soins à la Cnmss. Dans ce cas, **vous êtes pris en charge** dans les mêmes conditions que les militaires affectés hors zone **UE-EEE-Suisse**.

« Sources :

La plupart des précisions apportées dans cette rubrique est issue des sites du CLEISS (Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale) et/ou de la Commission européenne. »

