

**ATTESTATION DE MAINTIEN DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS EN NATURE  
DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ**

(Article 7, article 8, article 9, article 11 de la convention – Article 5  
de l'arrangement administratif général)

L'institution compétente remet ce formulaire accompagné du formulaire SE 351-20 vierge à la personne autorisée à transférer sa résidence. Pour obtenir les prestations en nature de l'assurance maladie maternité, l'intéressé présente ce document à l'institution compétente de l'État où il établit sa résidence

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié <input type="checkbox"/> Travailleur non salarié	<input type="checkbox"/> Bénéficiaire de prestations de chômage	<input type="checkbox"/> Victime d'accident du travail
1.1	Nom .....	Prénoms .....	Nom de naissance .....
1.2	Date de naissance : ..... Nationalité : .....		
1.3	Adresse sur le territoire de l'État compétent (1) : .....		
1.4	Adresse sur le territoire de l'État où l'assuré se rend (1) : .....		
1.5	Numéro d'immatriculation : .....		

<b>2</b>	<b>AYANT DROIT AUTORISÉ À SE RENDRE DANS L'AUTRE ÉTAT (2)</b>		
2.1	Nom .....	Prénoms .....	Nom de naissance .....
2.2	Date de naissance : .....		
2.3	Lien de parenté avec la personne visée au cadre 1		
2.4	Adresse sur le territoire de l'État compétent (1) (3) : .....		
2.5	Adresse sur le territoire de l'État où l'intéressé se rend (1) : .....		

**3** La personne désignée  au cadre 1  au cadre 2  
est autorisée à conserver de manière temporaire le bénéfice des prestations en nature  
de l'assurance maladie-maternité

**4** Lesdites prestations peuvent être servies, au vu de la présente attestation,

4.1 du ..... au ..... inclus

**5 LE RAPPORT DE NOTRE MÉDECIN CONTRÔLEUR**

5.1  est joint à la présente sous pli fermé

5.2  a été adressé le ..... à (4) .....

5.3  peut nous être demandé en communication

5.4  n'a pas été établi

5.5  l'attestation concernant les maladies chroniques est jointe au présent formulaire

**6 AYANTS DROIT QUI ACCOMPAGNENT LA PERSONNE VISEE AU CADRE 1 OU 2**

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté avec la personne visée au cadre 1	Lieu de naissance
.....	.....	.....	.....	.....
..	..			..
.....	.....	.....	.....	.....
..	..			..
.....	.....	.....	.....	.....
..	..			..

**7 INSTITUTION COMPÉTENTE**

7.1 Dénomination : ..... Numéro de code (5) : .....

7.2 Adresse (2) : .....

.....

7.3 Cachet 7.4 Date : .....

7.5 Signature :

## INSTRUCTIONS

---

*Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages : aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.*

### INDICATIONS POUR LE TRAVAILLEUR ET SES AYANTS DROIT

Lorsque le travailleur ou l'un de ses ayants droit a besoin de prestations en nature, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'organisme d'assurance maladie de l'État sur le territoire duquel il réside temporairement, c'est-à-dire :

- en France : à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle les soins ont été dispensés,
- en Tunisie : à la représentation régionale de la caisse chargée de l'assurance maladie.

Lorsqu'une prolongation d'arrêt de travail est prescrite dans le nouvel État de résidence, il appartient au travailleur susceptible de bénéficier de prestations en espèces de l'assurance maladie maternité de transmettre directement à sa caisse d'affiliation, dans les 48 heures, l'avis ou la prolongation d'arrêt de travail établi sur un formulaire SE 351-20. La caisse compétente qui aura reçu le rapport médical délivrera, le cas échéant, une nouvelle attestation de droits aux soins de santé si la première attestation est arrivée à expiration.

Les personnes qui ne sont pas susceptibles de bénéficier de prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité doivent, si l'attestation de droit qui leur a été délivrée arrive à expiration, s'adresser à l'institution du lieu de résidence afin que cette dernière réclame une nouvelle attestation à l'institution compétente, en lui présentant tout document médical utile afin de lui permettre de se prononcer sur la nécessité du renouvellement de l'imprimé.

Des contrôles médicaux peuvent être demandés à tout moment par la caisse d'affiliation à la caisse de nouvelle résidence.

En cas de refus de la prolongation, l'institution compétente notifie son refus au demandeur en lui indiquant le motif du refus, ainsi que les voies et délais de recours dont il dispose. L'institution compétente informe également l'institution du lieu de résidence de sa décision de refus.

## NOTES

---

*(1) Rue, numéro, code postal, localité, pays.*

*(2) Ne compléter ce cadre que si un membre de la famille est autorisé à se rendre dans l'autre Etat tout en conservant son droit à prestations*

*(3) A indiquer seulement quand l'adresse du membre de la famille diffère de celle du travailleur ou du pensionné.*

*(4) Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.*

*(5) A compléter si elle en dispose.*