

**ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DU PENSIONNÉ ET DE SES AYANTS DROIT**

**(Soins de santé au préretraité, au demandeur ou au titulaire de pension ou de rente et à ses ayants droit résidant habituellement dans l'État autre que celui débiteur de pension)**

*(Article 16, paragraphes 1, 2, 4 et 5, de la convention –  
Article 12, de l'arrangement administratif général)*

*L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires au préretraité ou au titulaire ou demandeur de pension ou de rente ou elle les fait parvenir directement à l'institution du lieu de résidence si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci au moyen du formulaire SE 351-22.*

*L'institution du lieu de résidence, une fois en possession de ces deux exemplaires, en remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'institution compétente.*

**A - NOTIFICATION DU DROIT**

<b>1</b>	<b>INSTITUTION DU LIEU DE RÉSIDENCE (1)</b>
1.1	Dénomination : .....
1.2	Adresse (2) : ..... ..... .....

<b>2</b>	<b>TITULAIRE OU DEMANDEUR DE PENSION OU DE RENTE OU PRÉRETRAITE</b>		
2.1	Nom .....	Prénom : .....	Nom de naissance .....
2.2	Date de naissance : ..... Nationalité : .....		
2.3	Adresse (2) : ..... .....		
2.4	Numéro d'immatriculation : .....		

<b>3</b>	<b>À REMPLIR PAR L'INSTITUTION DÉBITRICE DE LA PENSION, DE LA RENTE OU DE LA PRÉRETRAITE</b>
3.1	L'intéressé désigné ci-dessus est : <input type="checkbox"/> titulaire <input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> d'une pension de vieillesse <input type="checkbox"/> d'une pension d'invalidité <input type="checkbox"/> d'une pension de survie <input type="checkbox"/> d'une rente d'accident du travail <input type="checkbox"/> d'une rente de maladie professionnelle <input type="checkbox"/> d'une préretraite
3.2	Depuis le : .....
3.3	Numéro de la pension, de la rente ou de la préretraite: .....

<b>4</b>	<b>À REMPLIR PAR L'INSTITUTION DEBITRICE DE LA PENSION OU DE LA RENTE OU PAR L'INSTITUTION D'ASSURANCE MALADIE-MATERNITE DE L'ÉTAT DEBITEUR DE LA PENSION OU DE LA RENTE OU DE LA PRÉRETRAITE OU PAR L'INSITUTION D'ASSURANCE MALADIE DU DEMANDEUR DE PENSION</b>
4.1	La personne désignée au cadre 2 et ses ayants droit ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité à partir du : .....
4.2	Le coût des prestations à servir dans leur territoire de résidence est à notre charge à partir du ..... et
4.3	<input type="checkbox"/> jusqu'au .....inclus
4.4	<input type="checkbox"/> jusqu'à annulation de la présente attestation

<b>5</b>	<b>INSTITUTION QUI A REMPLI LE CADRE 4</b>
5.1	Dénomination : ..... Numéro de code (3).....
5.2	Adresse (2) : ..... .....
5.3	Cachet
5.4	Date : .....
5.5	Signature :

**B - NOTIFICATION DE L'INSCRIPTION OU DE LA NON INSCRIPTION**

<b>6</b>	<input type="checkbox"/> (4) La personne désignée au cadre 2 et ses ayants droit n'ont pas pu être inscrits :
6.1	<input type="checkbox"/> parce que l'intéressé a déjà droit aux prestations en nature au titre de la législation de notre territoire
6.2	<input type="checkbox"/> autres motifs : .....

<b>7</b>	<input type="checkbox"/> (4) L'intéressé désigné au cadre 2 et ses ayants droit ont été inscrits.																														
7.1	Ayants droit inscrits :																														
7.2	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 15%;">Nom</th><th style="width: 15%;">Prénom</th><th style="width: 15%;">Date de naissance</th><th style="width: 25%;">Lien de parenté avec la personne visée au cadre 1</th><th style="width: 30%;">Lieu de naissance</th></tr></thead><tbody><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr></tbody></table>	Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté avec la personne visée au cadre 1	Lieu de naissance	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté avec la personne visée au cadre 1	Lieu de naissance																											
.....	.....	.....	.....	.....																											
.....	.....	.....	.....	.....																											
.....	.....	.....	.....	.....																											
.....	.....	.....	.....	.....																											
.....	.....	.....	.....	.....																											

<b>8</b>	<b>INSTITUTION DU LIEU DE RÉSIDENCE</b>
8.1	Dénomination : ..... Numéro de code (3) .....
8.2	Adresse (2) : ..... .....
8.3	Cachet
8.4	Date : .....
8.5	Signature

## INSTRUCTIONS

---

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

### LE FORMULAIRE EST COMPLÉTÉ :

. **en France**, par l'organisme débiteur de la pension ou de la rente. En fonction de la situation il pourra également être complété par l'institution d'assurance maladie compétente.

. **en Tunisie**, par la représentation régionale de la caisse chargée de l'assurance maladie

### INDICATIONS POUR LE TITULAIRE OU DEMANDEUR DE PENSION OU DE RENTE OU LE PRÉRETRAITE :

Le présent formulaire vous permet de bénéficier ainsi que vos ayants droit des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité sur le territoire de l'État où vous résidez.

Vous devrez vous inscrire auprès de l'institution mentionnée ci-après :

. **en France** : la caisse primaire d'assurance maladie ;

. **en Tunisie** : par la représentation régionale de la caisse chargée de l'assurance maladie

Ce formulaire est valable à partir de la date mentionnée au point 4.2 et jusqu'à la date mentionnée au point 4.3 ou jusqu'à son annulation.

Vous devez, vous ou vos ayants droit, signaler à l'institution de lieu de résidence tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (suspension ou suppression de la pension, de la rente ou de la préretraite, changement de votre lieu de résidence ou de séjour ou de celui d'un membre de votre famille, etc...).

## NOTES

---

(1) A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, territoire.

(3) A compléter si elle en dispose.

(4) Remplir le cadre 6 ou 7 selon le cas et mettre une croix dans la case correspondante.