

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
22/08/84

Origine :
DGR

MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Réf. :

DGR n° 1645/84

Plan de classement :

50					
----	--	--	--	--	--

Objet :

COMMUNICATION DE LA LETTRE MINISTERIELLE N° 896 DU 27/07/1984 RELATIVE A
L'APPLICATION DES ACCORDS FRANCO-GABONAIS DE SECURITE SOCIALE ET DE
L'ARRANGEMENT ADMINISTRATIF COMPLEMENTAIRE N° 1 DU 15.06.1984

Pièces jointes :

0	2
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

22/08/84

MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour attribution)

Origine : MM les Agents Comptables
DGR des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour information)

N/Réf. : DGR n° 1645/84

Objet : Application de l'Arrangement Administratif Complémentaire n° 1 Franco-Gabonais signé le 15 JUIN 1984 - Modifications apportées aux modèles de formulaires.

Je vous prie de trouver, en annexe, la lettre ministérielle n° 896 du 27 juillet 1984 relative à l'application de l'Arrangement Administratif complémentaire n° 1 Franco-Gabonais signé le 15 juin 1984.

Est également joint à la présente circulaire le texte de l'Arrangement précité ainsi que les nouveaux formulaires à utiliser immédiatement.

Comme vous pourrez le constater, la création d'un nouveau formulaire - SE 328-09 I , qui doit être délivré avant le départ du travailleur dans son pays d'origine à l'occasion d'un congé payé, permet à celui-ci de justifier de son droit à prestations dans le cadre des dispositions de l'article 15 de l'accord du 2 octobre 1980.

Vous voudrez bien tenir informée la Division Réglementation de la caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés de toutes difficultés qui pourraient survenir lors de l'application de ces dispositions.

Pour le Directeur et par Délégation
Le Directeur Adjoint chargé
de la Gestion du Risque

R VASSEUR

PJ. : * Lettre Ministérielle n° 886 du 27 juillet 1984 *

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE

REPUBLIQUE FRANCAISE

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Division des Conventions Internationales

Paris, le 3 août 1984

1, place de Fontenoy - 75700 PARIS

Tél. : 567.55.44

LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE

à

Monsieur le Directeur de la Caisse Nationale
d'Assurance Maladie des Travailleurs
Salariés,

Monsieur le Directeur de la Caisse Nationale
d'Assurance Vieillesse des Travailleurs
Salariés,

Monsieur le Directeur de la Caisse
Autonome Nationale de la Sécurité Sociale
dans les Mines,

Monsieur le Directeur du Centre de Sécurité
Sociale des Travailleurs Migrants,

Mesdames et Messieurs les Directeurs
Régionaux des Affaires Sanitaires et
Sociales,

Monsieur le Directeur Régional de la
Sécurité Sociale de la Région Antilles-
Guyane,

Monsieur le Directeur Départemental de la
Sécurité Sociale de la Réunion,

Sous couvert de Messieurs les Commissaires
de la République de Région.

Lettre ministérielle n° 896 du 27 juillet 1984 relative à l'application des accords franco-gabonais de sécurité sociale.

Modifications apportées aux modèles de formulaires.

Lors des négociations qui se sont déroulées à Libreville (Gabon) en février 1984 dans le cadre de la Commission mixte franco-gabonaise de sécurité sociale, les deux délégations ont procédé à l'aménagement des modèles de formulaires nécessaires à l'application des accords franco-gabonais sur la sécurité sociale.

Un Arrangement Administratif complémentaire (n° 1) signé le 15/06/84 par les autorités administratives compétentes des deux pays annule les précédents modèles de formulaires annexés à l'Arrangement Administratif Général du 2 avril 1981 et fixe les nouveaux modèles qui devront être utilisés dans les rapports franco-gabonais.

Vous trouverez ci-joint le texte de l'Arrangement Administratif complémentaire susvisé auxquels sont annexés les nouveaux modèles de formulaires.

Vous remarquerez que l'Arrangement Administratif complémentaire prend effet à compter du 1^{er} juillet 1984.

Les délais de transmission nécessaires après signature des textes n'ayant pas permis l'élaboration plus rapide des présentes instructions, je vous engage à utiliser, dès que possible, à défaut d'imprimés conformes aux nouveaux modèles (en cours d'impression) des imprimés, complétés ou corrigés par un moyen dactylographique, en conformité avec les modèles ci-joints.

La plupart des modifications sont des modifications de forme et n'appellent pas de commentaires.

J'appelle plus particulièrement votre attention sur les modifications apportées aux formulaires suivants :

SE 328-04 Etat de famille

A la demande de la délégation gabonaise, le formulaire initial a été complété par la mention d'"enfants orphelins recueillis". La Législation gabonaise ne reconnaît en effet un droit aux prestations familiales qu'en faveur des enfants recueillis lorsque ceux-ci sont orphelins de père ou de mère.

SE 328-09 Soins d'urgence dispensés à un travailleur en séjour temporaire dans son pays d'origine pour congé payé

Vous observerez la création d'un nouveau modèle : SE 328-09 I dont pourra être muni le travailleur à son départ du pays d'emploi pour son pays d'origine dans lequel il va passer un congé payé. Ce formulaire est destiné à justifier, en cas de besoin, de son droit à prestations ouvert dans le pays d'emploi et du fait qu'il peut bénéficier des dispositions de l'article 15 de l'Accord du 2 octobre 1980.

Le formulaire SE 328-09 II sera, quant à lui, utilisé pour obtenir, sur sollicitation de la caisse du pays de séjour temporaire, l'accord définitif de la caisse d'affiliation sur les

soins dispensés dans le pays de séjour et, éventuellement, sur la prolongation de ces soins.

Formulaires servant à l'établissement des statistiques

Les deux délégations sont tombées d'accord sur la suppression des formulaires SE 328-18, SE 328-26, SE 328-27 et SE 328-28 destinés à établir respectivement les statistiques de paiement des prestations d'assurances sociales (maladie-maternité) et d'accidents du travail.

Le texte des accords franco-gabonais prévoyant l'information réciproque des organismes de liaison, il était superflu d'imposer à chaque institution concernée par les paiements en cause l'information de l'organisme de liaison de l'autre Etat. Cette information sera donc faite désormais dans le cadre interne de chaque pays.

Le Centre de Sécurité Sociale des Travailleurs Migrants a préparé à cet effet, avec mon accord, les modèles de statistiques à utiliser. Une note d'information vous sera adressée sous peu par le CSSTM à ce sujet.

Chaque année, le Centre communiquera à l'organisme centralisateur gabonais les statistiques regroupées sur le plan national.

Bordereaux trimestriels des règlements d'arrérages de pensions ou de rentes

Afin de permettre une meilleure application des dispositions des articles 69-1 et 84-1 de l'Arrangement Administratif Général, un modèle de "bordereau trimestriel des règlements effectués en matière d'assurance accident du travail" et celui d'un "bordereau trimestriel des règlements effectués en matière d'assurance invalidité" ont été créés. Leurs références respectives sont SE 328-18 et SE 328-26.

Les nouveaux formulaires sont en cours d'impression. Il appartiendra aux organismes utilisateurs de se pourvoir en imprimés utiles dans les conditions habituelles.

Pour le Ministre et par délégation,
Le Directeur de la Sécurité Sociale,

F MERCEREAU

ARRANGEMENT ADMINISTRATIF COMPLEMENTAIRE N° 1

modifiant les modèles de formulaires servant à l'application de l'Accord sur la sécurité sociale entre le Gouvernement de la République Française et le Gouvernement de la République Gabonaise du 2 octobre 1980 et annexés à l'Arrangement Administratif Général du 2 avril 1981 relatif à l'application dudit accord.

En application de l'article 50 paragraphe 3 de l'Accord sur la Sécurité Sociale entre le Gouvernement de la République Française et le Gouvernement de la République Gabonaise du 2 octobre 1980, les autorités administratives compétentes françaises et gabonaises représentées par :

du côté français :

- M Pierre BEREGOVOY : Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité nationale,

du côté gabonais :

- M Sylvestre OYOUOMI : Ministre des Affaires Sociales, de la Sécurité Sociale et du Bien-Etre,

sont convenues des dispositions suivantes :

Article 1^{er} - Les modèles de formulaires établis conformément aux dispositions de l'article 104 de l'Arrangement Administratif Général du 2 avril 1981 et annexés audit Arrangement Administratif Général sont annulés.

Article 2 - Les modèles de formulaires servant à l'application de l'Accord sur la sécurité sociale signé le 2 octobre 1980 entre la France et le Gabon et de l'Arrangement Administratif Général du 2 avril 1981 relatif à son application sont annexés au présent Arrangement Administratif complémentaire.

Article 3 - Le présent Arrangement Administratif complémentaire prendra effet à compter du 1^{er} juillet 1984.

Fait à Libreville, en double exemplaire original,
le 15 juin 1984.

Les autorités administratives compétentes françaises :	Les autorités administratives compétentes gabonaises :
---	---

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.01
---------------------	---	--------------------------

CERTIFICAT DE DETACHEMENT

(article 5 (§2, a) 1^{er} alinéa de l'Accord)
(article 1^{er} de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

Le présent certificat est établi en quatre exemplaires par l'institution d'affiliation, laquelle en remet un au travailleur, un à l'employeur, en adresse un à l'institution de l'autre Etat et conserve le quatrième par devers elle.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

I - LE TRAVAILLEUR

Nom :
 Nom de jeune fille (le cas échéant) :
 Prénoms :
 Sexe : masculin - féminin (1)
 Nationalité : française - gabonaise (1)
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Célibataire - marié(e) - veuf(ve) - divorcé(e) - séparé(e) (1)
 Adresse précise du travailleur :
 - dans le pays d'affiliation :

 - dans le pays où il est détaché, si elle est connue :

 Profession :
 Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale :

II - LES MEMBRES DE LA FAMILLE QUI ACCOMPAGNENT LE TRAVAILLEUR

Nom	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté avec le travailleur
.....			
.....			
.....			
.....			

(1) Biffer la ou les mentions inutiles

III - L'EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale :
Adresse :
Numéro d'immatriculation :

L'employeur ci-dessus désigné déclare que :

M

1 - S'IL S'AGIT D'UN DETACHEMENT INITIAL :

est détaché pour une période de : mois à partir du
jusqu'au

auprès de l'employeur ou entreprise ci-après :

Nom ou raison sociale :

Adresse :

2 - S'IL S'AGIT D'UNE PROLONGATION DE DETACHEMENT A L'INTERIEUR DE LA PERIODE INITIALE D'UN AN :

est détaché pour une période de : mois à partir du
jusqu'au

auprès du même employeur ou de la même entreprise ci-après :

Nom ou raison sociale :

Adresse :

Indiquer, dans ce cas, la ou les précédentes périodes de détachement :

du au

du au

A

Le

Signature de l'employeur
et cachet de l'entreprise :

Signature du travailleur :

INSTITUTION D'AFFILIATION

Dénomination :

Adresse :

L'institution d'affiliation atteste, par le présent certificat, que le travailleur ci-dessus
reste soumis à la législation de sécurité sociale qu'elle applique.

A

Le

Signature du représentant de l'institution
et cachet :

RENSEIGNEMENTS A L'USAGE DU TRAVAILLEUR DETACHE

Durée du détachement : 1 an (article 5 (paragraphe 2, a) de l'Accord)

Toutefois, cette durée est susceptible de prolongation dans la limite d'une année après information des autorités compétentes du pays de séjour de la décision des autorités compétentes du pays d'affiliation de maintenir le travailleur au régime de ce pays et ce, avant expiration de la première année du détachement. Cette prolongation se fait au moyen du formulaire SE 238.02 (Certificat de maintien exceptionnel).

A - Droit aux prestations

1° Assurance maladie et maternité

Pour obtenir le bénéfice des prestations EN NATURE pour lui-même et les membres de sa famille qui l'accompagnent, le travailleur détaché doit ou bien s'adresser directement à l'institution auprès de laquelle il est resté affilié ou bien, selon son choix, à l'institution du pays de séjour (article 23 de l'Accord).

Pour obtenir le bénéfice des prestations en ESPECES, le travailleur détaché doit s'adresser directement à l'institution d'affiliation dont il relève (article 23 de l'Accord).

2° Prestations familiales

Les enfants du travailleur détaché qui l'accompagnent dans l'autre pays ouvrent droit aux prestations familiales prévues par la législation du pays d'affiliation. Aux termes de l'article 19 de l'Arrangement administratif, les "prestations familiales" comportent : au titre du régime français, les allocations familiales, les allocations prénatales et les allocations postnatales ; au titre du régime gabonais, les allocations familiales, les allocations prénatales et la prime à la naissance.

Le service de ces prestations est assuré directement par l'institution d'allocations familiales compétente du pays d'affiliation au taux et suivant les modalités prévues par la législation qu'applique cette institution.

Pour obtenir le bénéfice des prestations familiales, le travailleur détaché doit s'adresser à l'institution d'allocations familiales précitée soit directement, soit par l'intermédiaire de son employeur.

En cas de changement survenu dans la situation de ses enfants, susceptible de modifier le droit aux prestations familiales (modification du nombre des enfants, transfert de résidence des enfants, ...), l'intéressé a l'obligation d'en informer aussitôt l'institution d'allocations familiales compétente, soit directement, soit par l'intermédiaire de son employeur.

B - Retour dans le pays d'origine avant le terme du détachement

Au cas où le travailleur, avant le terme de son détachement, regagnerait son pays d'origine, la caisse d'affiliation devrait être avisée immédiatement de ce retour, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'employeur.

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 238.02
---------------------	---	--------------------------

**CERTIFICAT DE MAINTIEN EXCEPTIONNEL
AU REGIME DE SECURITE SOCIALE DU PAYS D'AFFILIATION**

(article 5 (§2, a) 2^{ème} alinéa de l'Accord)
(article 2 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

Ce formulaire est adressé en quatre exemplaires par l'autorité administrative compétente du pays d'affiliation à l'autorité administrative compétente du pays de séjour.

L'autorité compétente du pays de séjour fait retour de trois exemplaires à l'autorité compétente du pays d'affiliation et conserve le quatrième par devers elle.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

I - LE TRAVAILLEUR	
Nom :	
Prénoms :	
Nom de jeune fille (le cas échéant) :	
Sexe : masculin - féminin (1)	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Nationalité : française - gabonaise (1)	
Célibataire - marié(e) - veuf(ve) - divorcé(e) - séparé(e) (1)	
Adresse précise du travailleur :	
- dans le pays d'affiliation :	
	
- dans le pays où il est détaché :	
	
Profession :	
Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale :	

II - LES MEMBRES DE LA FAMILLE QUI ACCOMPAGNENT LE TRAVAILLEUR			
Nom	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté avec le travailleur
.....			
.....			
.....			
.....			

(1) Biffer la ou les mentions inutiles

III - L'EMPLOYEUR

Nom ou raison sociale :
Adresse :
Numéro d'immatriculation :

L'employeur ci-dessus désigné sollicite :

Le maintien exceptionnel au régime de sécurité sociale du pays d'affiliation de

M

pour une période de mois
à compter du jusqu'au

Le travailleur doit - ACHEVER dans l'autre pays le travail décrit ci-dessous :

.....
.....

Au service de l'employeur ou entreprise ci-après :

Nom ou raison sociale :
Adresse :

Le travailleur a déjà bénéficié au service du même employeur ou de la même entreprise,
du maintien au régime de sécurité sociale du pays d'affiliation :

- en qualité de travailleur détaché :
du au

- au titre du maintien exceptionnel :
du au

A

Le

Signature de l'employeur
et cachet de l'entreprise :

Signature du travailleur :

L'AUTORITE ADMINISTRATIVE COMPETENTE DU PAYS D'AFFILIATION (ou l'autorité administrative qu'elle a déléguée à cet effet) :

Dénomination :

Adresse :

DECLARE qu'elle accepte par décision du
la prolongation du maintien au régime du pays d'affiliation du travailleur ci-dessus désigné :

pour la période de mois
du (jour, mois, an) au (jour, mois, an)

et informe de sa décision l'autorité administrative du pays de séjour ci-dessous désignée :

Dénomination :

Adresse :

en vue du maintien de l'exonération d'affiliation du travailleur au régime de sécurité sociale du pays de séjour pour cette période.

A

Le

Signature du représentant de
l'autorité administrative compétente
et cachet :

L'AUTORITE ADMINISTRATIVE COMPETENTE DU PAYS DE SEJOUR
(ou l'autorité administrative qu'elle a déléguée à cet effet) :

Dénomination :

Adresse :

INFORME L'AUTORITE ADMINISTRATIVE COMPETENTE DU PAYS
D'AFFILIATION (ou l'autorité administrative déléguée à cet effet) :

Dénomination :

Adresse :

qu'elle ACCEPTE le maintien exceptionnel de l'exonération d'affiliation au régime de sécurité sociale du pays de séjour du travailleur ci-dessus désigné pour la période de

..... mois du (jour mois, an) : au :
..... (jour, mois, an).

A

Le

Signature du représentant de
l'autorité administrative compétente
et cachet :

**RENSEIGNEMENTS A L'USAGE DU TRAVAILLEUR MAINTENU
EXCEPTIONNELLEMENT AU REGIME DE SECURITE SOCIALE
DU PAYS D'AFFILIATION**

A - Droit aux prestations

1° Assurance maladie et maternité

Pour obtenir pour lui-même et les membres de sa famille qui l'accompagnent le bénéfice des prestations en nature, le travailleur détaché doit s'adresser ou bien directement à l'institution auprès de laquelle il est resté affilié ou bien, selon son choix, à l'institution du pays de séjour (article 23 de l'Accord).

Pour obtenir le bénéfice des prestations en espèces, le travailleur détaché doit s'adresser directement à l'institution d'affiliation dont il relève (article 23 de l'Accord).

2° Prestations familiales

Les enfants du travailleur détaché qui l'accompagnent dans l'autre pays ouvrent droit aux prestations familiales prévues par la législation du pays d'affiliation. Conformément à l'article 19 de l'Arrangement administratif, les termes "prestations familiales" comportent : au titre du régime français, les allocations familiales, les allocations prénatales et les allocations postnatales ; au titre du régime gabonais, les allocations familiales, les allocations prénatales et la prime à la naissance.

Le service de ces prestations est assuré directement par l'institution d'allocations familiales compétente du pays d'affiliation aux taux et suivant les modalités prévues par la législation qu'applique cette institution.

Pour obtenir le bénéfice des prestations familiales, le travailleur détaché doit s'adresser à l'institution d'allocations familiales précitée soit directement, soit par l'intermédiaire de son employeur.

En cas de changement survenu dans la situation de ses enfants, susceptible de modifier le droit aux prestations familiales (modification du nombre des enfants, transfert de résidence des enfants, ...), l'intéressé a l'obligation d'en informer aussitôt l'institution d'allocations familiales compétente, soit directement, soit par l'intermédiaire de son employeur.

**B - Retour dans le pays d'origine avant le terme
de la période figurant au présent certificat**

Au cas où le travailleur regagnerait son pays d'origine avant le terme de la période figurant au présent certificat, la caisse d'affiliation devrait être avisée immédiatement de ce retour, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'employeur.

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.08
---------------------	---	--------------------------

**ATTESTATION RELATIVE A LA TOTALISATION
DES PERIODES D'ASSURANCE**

(article 6, 14 et 35 de l'Accord)
(article 7, 24 et 77 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

NB - La présente attestation est adressée en deux exemplaires par l'institution du pays du nouveau lieu de travail à l'institution du pays du dernier lieu de travail, laquelle lui fait retour d'un exemplaire dûment complété.

Si l'attestation est établie à la demande de l'assuré, l'institution compétente remplit la partie qui la concerne et remet ou fait parvenir le formulaire à l'intéressé lui-même.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

L'ASSURE
Nom :
Nom de jeune fille (le cas échéant) :
Prénoms :
marié(e) - célibataire - veuf(ve) - divorcé(e) - séparé(e) (1)
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Nationalité : française - gabonaise (1)
Sexe : masculin - féminin (1)
Adresse du travailleur dans le pays du dernier lieu de travail :
N° d'immatriculation dans le pays du dernier lieu de travail :
DERNIER EMPLOYEUR dans le pays du dernier lieu de travail :
Nom ou raison sociale :
Adresse :

En vue de procéder à la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux pays, L'INSTITUTION DU PAYS DU NOUVEAU LIEU DE TRAVAIL :

Désignation :

Adresse :

(1) Biffer la ou les mentions inutiles

DEMANDE à l'institution du pays du dernier lieu de travail de lui indiquer les périodes d'assurance ou équivalentes accomplies par l'assuré désigné ci-dessus, à partir du dans le cadre de l'assurance : obligatoire - volontaire (1) contre les risques ou charges : maladie - maternité - invalidité - décès (1)

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

L'INSTITUTION DU PAYS DU DERNIER LIEU DE TRAVAIL

Dénomination :

Adresse :

INDIQUE que l'assuré au nom duquel est établie la présente attestation a accompli depuis le : les périodes d'assurance maladie maternité - invalidité - décès (1) ou équivalentes suivantes :

	Observations (2)
du au	
du au	
du au	
du au	
du au	
du au	
du au	
du au	

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la ou les mentions inutiles

(2) Porter notamment dans la colonne "Observations" la lettre O pour désigner les périodes d'assurance obligatoire, la lettre V pour les périodes d'assurance volontaire et la lettre A pour les périodes assimilées ou équivalentes.

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.09 I
---------------------	---	----------------------------

**ATTESTATION DU DROIT AUX PRESTATIONS
EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE**

(Cas de séjour temporaire du travailleur dans
son pays d'origine à l'occasion du congé payé)

(article 15 de l'Accord)
(articles 25, 27 et 28 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

NB : L'institution d'affiliation du travailleur établit la présente attestation en double
exemplaire, en remet un exemplaire au travailleur avant son départ et conserve le
deuxième par devers-elle.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

I - LE TRAVAILLEUR

Nom :
 Nom de jeune fille (le cas échéant) :
 Prénoms :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Nationalité : française - gabonaise (1)
 Adresse du travailleur :
 - dans le pays du lieu de travail :

 - dans le pays du lieu de séjour :

 Numéro d'immatriculation :

II - LE CONGE PAYE

INDICATION PRECISE de la période de congé payé dont bénéficie le travailleur :
 du (jour, mois, an) :
 au (jour, mois, an) :
 Nom (ou raison sociale de l'employeur) :
 Adresse de l'employeur :

(1) Biffer la mention inutile

L'INSTITUTION D'AFFILIATION DU TRAVAILLEUR

Dénomination :

Adresse :

INDIQUE que le travailleur ci-dessus désigné remplit les conditions pour bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie si son état de santé vient à nécessiter des soins médicaux, y compris l'hospitalisation, sous réserve que la date de dépôt de la demande de prestations ou de la première constatation médicale se situe à l'intérieur de la période de congé payé ci-dessus mentionnée et que l'institution d'affiliation ait donné son accord.

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

RENSEIGNEMENTS A L'USAGE DU TRAVAILLEUR

Le travailleur en congés payés dans son pays d'origine dont l'état de santé vient à nécessiter des soins doit s'adresser à l'institution compétente du pays de séjour, en présentant cette attestation délivrée par sa caisse d'affiliation.

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.09 II
---------------------	---	-----------------------------

**AVIS DE MALADIE OU PROROGATION DU DROIT AUX
PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE**

(Cas de séjour temporaire du travailleur dans
son pays d'origine à l'occasion du congé payé)

(article 15 de l'Accord)
(articles 25, 27 et 28 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

NB. : L'institution du pays de séjour saisie d'une demande de service de prestations fait procéder par son contrôle médical à l'examen de l'intéressé. Elle complète la partie qui la concerne du formulaire établi en quatre exemplaires et en transmet trois exemplaires accompagnés du dossier médical à l'institution d'affiliation du travailleur. Celle-ci après avoir complété la seconde partie du formulaire, en renvoie un exemplaire à l'institution du pays de séjour, en transmet un exemplaire au travailleur et conserve le troisième par devers-elle.

PARTIE A REMPLIR PAR L'INSTITUTION DU PAYS DE SEJOUR

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

I - LE TRAVAILLEUR

Nom :
 Nom de jeune fille (le cas échéant) :
 Prénoms :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Nationalité : française - gabonaise (1)
 Adresse du travailleur :
 - dans le pays du lieu de travail :

 - dans le pays du lieu de séjour :

 Numéro d'immatriculation :

(1) Biffer la mention inutile

II - LE CONGE PAYE

INDICATION PRECISE de la période de congé payé dont bénéficie le travailleur :

du (jour, mois, an) :

au (jour, mois, an) :

Nom (ou raison sociale de l'employeur) :

Adresse de l'employeur :

L'INSTITUTION DU PAYS DE SEJOUR DU TRAVAILLEUR

Dénomination :

Adresse :

AVISE l'institution du pays d'affiliation que, par suite de : maladie - accident (1), l'état de santé du travailleur ci-dessus désigné nécessite le service - la prolongation du service

(1) des prestations en nature de l'assurance maladie pour une durée de :

..... (mois, jours) du (date précise du début des soins) :

..... au

Le travailleur était muni - n'était pas muni (1) de l'attestation SE 328.09 I délivrée le :

..... sous le numéro :

Sont joints au présent formulaire :

- le dossier médical de l'intéressé ;
- le bulletin de salaire du mois précédant la date de début des soins (si le travailleur n'était pas muni de l'attestation SE 328.09 I)

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

PARTIE A REMPLIR PAR L'INSTITUTION D'AFFILIATION

INDICATIONS DES PERIODES DE PRISE EN CHARGE DEJA ACCORDEES
(au titre de l'article 15 de l'Accord)

Le travailleur désigné ci-dessus A - N'A PAS - (1) déjà bénéficié au titre de l'assurance maladie, des prestations en nature (soins) pour la période :

du au

du au

L'INSTITUTION D'AFFILIATION

Dénomination :

Adresse :

après examen, par son contrôle médical, du dossier qui lui a transmis l'institution du pays de séjour de l'intéressé,

- ACCORDE - REFUSE (1) le droit - la prolongation du droit (1) - aux prestations EN NATURE de l'assurance MALADIE pour une durée de
du au

MOTIF DU REFUS :

.....
.....
.....

VOIES DE RECOURS dont dispose le travailleur contre la décision du refus :

.....
.....
.....

DELAIS DE RECOURS :

.....
.....

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la mention inutile

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.10
---------------------	---	--------------------------

**ATTESTATION DU DROIT AU MAINTIEN DES PRESTATIONS
DES ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE**

(Cas de transfert de résidence du travailleur)

(articles 16 et 18 de l'Accord)

(articles 29, 30, 31, 32 et 44 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

NB. : La présente attestation, établie en triple exemplaire, est adressée par l'institution d'affiliation, d'une part, et avant son départ, au travailleur, d'autre part, à l'institution du lieu de la nouvelle résidence de ce dernier. L'institution d'affiliation conserve le troisième exemplaire par devers-elle.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

LE TRAVAILLEUR

Nom :
 Nom de jeune fille (le cas échéant) :
 Prénoms :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Nationalité : française - gabonaise (1)
 Adresse du travailleur :
 - dans le pays du lieu d'affiliation :

 - dans le pays de sa nouvelle résidence :

 Profession :
 Numéro d'immatriculation :

L'INSTITUTION D'AFFILIATION ci-dessous désignée :

Désignation :

Adresse :

AUTORISE le travailleur à conserver le bénéfice des prestations en nature (soins) des ASSURANCES MALADIE-MATERNITE dans le pays de sa nouvelle résidence, pour une durée de du au

Le bénéfice des PRESTATIONS EN ESPECES (indemnités journalières) est maintenu au travailleur pour une durée de (2) : du au

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la mention inutile

(2) Concerne seulement la femme salariée bénéficiaire de l'assurance maternité

RENSEIGNEMENTS A L'USAGE DU TRAVAILLEUR

A - Utilisation de la présente attestation :

Le travailleur, muni de la présente attestation, s'adresse à l'institution de sécurité sociale de sa nouvelle résidence pour obtenir les prestations en nature (soins) dues au titre des assurances maladie et maternité (article 29 de l'arrangement administratif).

B - Paiement des prestations en espèces :

Les indemnités journalières sont payées directement à la femme salariée par l'institution qui a délivré la présente attestation et pendant toute la période prévue par ladite attestation (article 18 de l'Accord et 44 de l'arrangement administratif).

C - Prolongation des soins et du paiement des prestations en espèces de l'assurance maternité :

Si l'état du travailleur le contraint à demander la prolongation des soins de santé au delà de la période prévue par la présente attestation, il adresse une demande à cet effet à l'institution de sécurité sociale de sa nouvelle résidence. Il en est de même de la femme salariée qui demande la prolongation du service des prestations en espèces, de l'assurance maternité.

L'intéressé doit se soumettre au contrôle médical déclenché par l'institution de la nouvelle résidence (article 30 et 31 de l'Arrangement Administratif Général) laquelle transmettra sans retard l'ensemble du dossier à l'institution d'affiliation.

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.11
---------------------	---	--------------------------

**PROROGATION DU DROIT AUX PRESTATIONS
DES ASSURANCES MALADIE-MATERNITE**

(Cas de transfert de résidence du travailleur)

(articles 16 et 18 de l'Accord)

(articles 30, 31, 32 et 44 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

NB. : La présente notification, établie en triple exemplaires, est adressée par l'institution d'affiliation, d'une part, au travailleur, d'autre part, à l'institution du lieu de la nouvelle résidence de ce dernier. L'institution d'affiliation conserve le troisième exemplaire par devers-elle.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

LE TRAVAILLEUR

Nom :
 Nom de jeune fille (le cas échéant) :
 Prénoms :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Nationalité : française - gabonaise (1)
 Adresse du travailleur :
 - dans le pays du lieu de travail :

 - dans le pays du lieu de séjour :

 Numéro d'immatriculation :

**L'INSTITUTION COMPETENTE DU PAYS DE
LA NOUVELLE RESIDENCE DU TRAVAILLEUR :**

Désignation :
 Adresse :

(1) Biffer la mention inutile

INFORME l'institution d'affiliation que l'état de santé du travailleur nécessite :

- . La prolongation du service des prestations en nature.
- . De l'assurance maladie - de l'assurance maternité (1)
- . Pour une durée de du au
- . Le travailleur était muni de l'attestation SE 328.10
- . Délivrée le sous le numéro

Ci-joint le dossier médical du travailleur.

L'INSTITUTION D'AFFILIATION

Dénomination :
Adresse :

INDIQUE que le travailleur désigné ci-dessus

a) a - n'a pas (1) bénéficié des prestations en nature des soins pour la période

du au

au titre de l'assurance maladie - de l'assurance maternité (1)

b) a - n'a pas (1) bénéficié des prestations en espèces (indemnités journalières) pour la période du au (2)

L'INSTITUTION D'AFFILIATION ci-dessus désignée, après examen du dossier que lui a transmis l'institution du pays de la nouvelle résidence de l'intéressé(e) :

ACCORDE - REFUSE (1) la prorogation du droit aux prestations EN NATURE de l'assurance MALADIE - de l'assurance MATERNITE (1) pour une durée de :

.....
du au

ACCORDE - REFUSE (1) la prorogation du droit aux prestations EN ESPECES de l'assurance MATERNITE pour une durée de :

du au(2)

MOTIF DU REFUS :

.....
.....
.....

VOIES DE RECOURS dont dispose le travailleur contre la décision de refus :

.....
.....
.....

DELAIS DE RECOURS :

.....
.....

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la mention inutile

(2) Concerne seulement la femme salariée bénéficiaire de l'assurance maternité

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.12
---------------------	---	--------------------------

**DROIT AU BENEFICE DES PRESTATIONS
EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE**

(Cas du séjour temporaire dans l'autre pays)

(article 17 de l'Accord)
(articles 33 et 34 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

NB. : La présente notification, établie en triple exemplaires, est adressée par l'institution du pays de séjour temporaire du travailleur à l'institution d'affiliation. Cette dernière fait retour dans les plus brefs délais à l'institution du pays de séjour temporaire de deux exemplaires dûment complétés (dont un sera adressé au travailleur) et conserve le troisième exemplaire par-devers elle.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

LE TRAVAILLEUR
Nom :
Nom de jeune fille (le cas échéant) :
Prénoms :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Nationalité : française - gabonaise (1)
Adresse du travailleur :
- dans le pays d'affiliation :
.....
- dans le pays de séjour :
.....
Profession :
Numéro d'immatriculation :

L'institution compétente du pays de séjour temporaire du travailleur

Désignation :
Adresse :

(1) Biffer la mention inutile

INFORME l'institution d'affiliation du travailleur de la nécessité, pour celui-ci, de recevoir des soins d'urgence durant la période :
du au

Ci-joint le dossier médical du travailleur.

L'institution d'affiliation ci-dessous désignée :

Dénomination :

Adresse :

après examen, par son contrôle médical, du dossier que lui a transmis l'institution du pays de séjour temporaire de l'intéressé, AUTORISE (1) le travailleur à bénéficier - à conserver le bénéfice (1) des prestations en nature (soins) de l'assurance maladie dans le pays de séjour temporaire pour une durée de
du au

REFUSE (1) au travailleur le bénéfice - la prorogation du bénéfice (1) des prestations EN NATURE (soins) de l'assurance MALADIE pour la période de :
.....
du au

MOTIF DU REFUS :

.....
.....
.....

VOIES DE RECOURS dont dispose l'intéressé :

.....
.....
.....

DELAIS DE RECOURS :

.....
.....

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la mention inutile

RENSEIGNEMENTS A L'USAGE DU TRAVAILLEUR

Prolongation des soins

Si l'état du travailleur le contraint à demander la prolongation des soins de santé au-delà de la période prévue par la présente notification, il adresse une demande à cet effet à l'institution de sécurité sociale du pays de séjour temporaire.

L'intéressé doit se soumettre au contrôle médical déclenché par cette institution (article 27 de l'Arrangement Administratif Général) laquelle transmettra sans retard l'ensemble du dossier à l'institution d'affiliation

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.13
---------------------	---	--------------------------

**ATTESTATION
POUR L'INSCRIPTION DES FAMILLES**

(Soins de santé aux membres de la famille du
travailleur demeurés dans le pays d'origine ou
revenant y résider)

(article 21 de l'Accord)
(article 35 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

NB. : La présente attestation, établie en triple exemplaires, est adressée par l'institution d'affiliation, d'une part, au travailleur, d'autre part, à l'institution du lieu de résidence de la famille. L'institution d'affiliation conserve le troisième exemplaire par devers-elle.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

LE TRAVAILLEUR ET SA FAMILLE

Nom :
 Nom de jeune fille (le cas échéant) :
 Prénoms :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Nationalité : française - gabonaise (1)
 Le travailleur est : célibataire - marié - sans enfant - avec un enfant - avec
 deux enfants et plus (1)
 Adresse du travailleur dans le pays du lieu de travail :

 Le travailleur est-il un travailleur saisonnier ?
 (Répondre par oui ou par non)
 Numéro d'immatriculation :
 Adresse de la famille dans le pays d'origine :

(1) Biffer la ou les mentions inutiles

L'INSTITUTION D'AFFILIATION ci-dessous désignée :

Désignation :

Adresse :

certifie que le travailleur au nom duquel est établie la présente attestation a droit et ouvre droit pour les membres de sa famille aux prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Ce droit est ouvert à la date du (jour, mois, an) :

La VALIDITE de la présente attestation prendra fin (sauf annulation à tout moment) :

- douze mois après cette date, soit le

(1)

- à l'expiration du contrat de travail, soit le

IMPORTANT : Il est rappelé qu'avant l'expiration de la période de validité, l'institution de résidence des membres de la famille doit demander, soit au travailleur lui-même, soit à l'institution du lieu de travail, de fournir une nouvelle attestation d'affiliation (article 36 paragraphe 2 de l'Arrangement Administratif Général).

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la mention inutile

RECOMMANDATIONS AUX TRAVAILLEURS

- A - Le travailleur fait parvenir de toute urgence la présente attestation à sa famille demeurée dans le pays d'origine, faute de quoi celle-ci risquerait de ne pas pouvoir bénéficier du remboursement des soins de santé en cas de maladie.
- B - Le travailleur a le devoir, avant l'expiration de la durée de validité de la présente attestation, d'en provoquer le renouvellement, en s'adressant à l'institution de sécurité sociale de son lieu de travail.
- C - L'attention du travailleur est appelée sur le fait que l'attestation peut se trouver annulée en cours de validité, s'il cesse lui-même d'avoir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie (article 37 de l'Arrangement Administratif Général).
- D - Le travailleur a l'obligation de prévenir la caisse de sécurité sociale du pays de résidence de sa famille de tout abandon ou changement d'emploi de sa part et de tout transfert de résidence de lui-même ou de sa famille (article 38 de l'Arrangement Administratif Général).

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.14
---------------------	---	--------------------------

**OCTROI (OU RENOUELEMENT) DES PROTHESES
GRAND APPAREILLAGE ET PRESTATIONS EN NATURE
DE GRANDE IMPORTANCE**

(articles 24 et 30 de l'Accord)
(articles 43 et 60 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

1. L'utilisation du présent formulaire concerne :
 - 1) les travailleurs en séjour temporaire dans l'autre pays (article 17 de l'Accord) ;
 - 2) les travailleurs détachés et les membres de leur famille (article 23 de l'Accord) ;
 - 3) les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant transféré leur résidence dans l'autre pays (article 26 ou 27 de l'Accord).
2. Le présent formulaire, établi en double exemplaire, est adressé par l'institution du pays de séjour ou de la nouvelle résidence à l'institution compétente de l'autre pays.
3. En cas d'autorisation à donner par l'institution compétente, un exemplaire dûment complété est renvoyé à l'institution de séjour ou de la nouvelle résidence dans les plus brefs délais.
4. L'avis d'urgence n'appelle pas de réponse de la part de l'institution d'accidents du travail ou d'affiliation compétente.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

LE TRAVAILLEUR ET SA FAMILLE

Nom :
 Nom de jeune fille (le cas échéant) :
 Prénoms :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Sexe : masculin - féminin (1)
 Nationalité : française - gabonaise (1)
 Adresse précise du travailleur dans le pays de séjour ou de la nouvelle résidence :

Qualité : (1) - travailleur en séjour temporaire
- travailleur détaché
- membre de la famille d'un travailleur détaché
- victime d'un accident du travail ou d'une maladie
professionnelle . autorisé à transférer sa résidence
. victime d'une rechute

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale :

S'il s'agit d'une victime d'un accident du travail ou d'une maladie
professionnelle :

numéro de la rente (le cas échéant) :

numéro du sinistre ou du dossier :

II - LE MEMBRE DE LA FAMILLE

Nom :

Nom de jeune fille (le cas échéant) :

Prénoms :

Date de naissance :

Lien de parenté avec le travailleur :

III - LA PRESTATION

Le CERTIFICAT MEDICAL, annexé, sous pli fermé, au présent formulaire, établi
par :

Le Docteur :

demeurant à :

et portant la date du

atteste la nécessité

- de L'OCTROI - du RENOUELEMENT (1) de l'appareil ci-dessous indiqué

.....

.....

- du TRAITEMENT MEDICAL ci-dessous décrit :

.....

.....

d'une durée prévisible de :

le MONTANT des frais s'élève, suivant estimation, à :

..... CFA FF

Observations :

.....

(1) Biffer la ou les mentions inutiles

L'institution ci-dessus désignée :

1. AVISE l'institution compétente de l'autre pays que la prestation en cause a été servie d'URGENCE, le ou à compter du (1)

Pièces médicales jointes (énumération) :
.....

2. DEMANDE à l'institution compétente de l'autre pays l'AUTORISATION de servir la prestation en cause à compter du (1)

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

INSTITUTION D'ACCIDENTS DU TRAVAIL - D'AFFILIATION (1)

Dénomination :

Adresse :

L'institution ci-dessus désignée :

- DONNE SON AUTORISATION à l'attribution de la prestation en cause, dans les conditions suivantes (1) :
.....

- REFUSE SON AUTORISATION à l'attribution de la prestation (1)

- MOTIF DU REFUS :

.....

- VOIES DE RECOURS dont dispose l'intéressé(e) :

.....

- DELAIS pour exercer le recours : :

.....

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la mention inutile

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.15
---------------------	---	--------------------------

**ATTESTATION DU DROIT AU MAINTIEN DES PRESTATIONS
DE L'ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES
PROFESSIONNELLES**

(Cas du transfert de résidence du travailleur)

(article 26 de l'Accord)

(article 57 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

La présente attestation, établie en triple exemplaire, est adressée par l'institution d'accidents du travail, d'une part, et avant son départ, au travailleur, d'autre part, à l'institution du pays de la nouvelle résidence de ce dernier. L'institution d'accidents du travail conserve le troisième exemplaire par devers-elle.

INSTITUTION DU PAYS DE LA NOUVELLE RESIDENCE DU TRAVAILLEUR

Dénomination :

Adresse :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

LE TRAVAILLEUR

Nom :

Nom de jeune fille (le cas échéant) :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : masculin - féminin (1)

Nationalité : française - gabonaise (1)

Adresse du travailleur :

- dans le pays d'affiliation :

.....

- dans le pays de la nouvelle résidence :

.....

Profession :

Numéro d'immatriculation :

Numéro du sinistre ou du dossier :

(1) Biffer la mention inutile

INSTITUTION D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Dénomination :

Adresse :

L'institution ci-dessus désignée :

AUTORISE le travailleur à conserver le bénéfice des prestations EN NATURE (soins) de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles dans le pays de sa nouvelle résidence, pour la durée indiquée ci-dessous :

Durée : mois jours
du au

le bénéfice des prestations EN ESPECES (indemnités journalières) est maintenu au travailleur pour la durée indiquée ci-dessous :

Durée : mois jours
du au

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

RENSEIGNEMENTS A L'USAGE DU TRAVAILLEUR

A - Utilisation de la présente attestation :

Le travailleur victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle s'adresse, muni de la présente attestation, à l'institution compétente de sa nouvelle résidence pour obtenir le remboursement des soins dus au titre de la législation sur les accidents du travail (article 57 de l'arrangement administratif général).

B - Paiement des prestations en espèces :

Les indemnités journalières sont payées directement au travailleur victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, par l'institution d'accidents du travail qui a délivré la présente attestation et pendant toute la période prévue par ladite attestation (article 64 de l'arrangement administratif).

C - Prolongation des soins et du paiement des prestations en espèces :

Si l'état du travailleur le contraint à demander la prolongation des soins et du service des indemnités journalières au-delà de la période prévue par la présente attestation, il adresse une demande à cet effet à l'institution de sa nouvelle résidence. La demande doit être accompagnée d'un certificat médical.

L'intéressé doit se soumettre au contrôle médical déclenché par l'institution de sa nouvelle résidence, laquelle transmettra sans retard l'ensemble du dossier à l'institution d'accidents du travail qui a délivré le présent formulaire (article 63 de l'Arrangement Administratif Général).

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.16
---------------------	---	--------------------------

**PROROGATION DU DROIT AUX PRESTATIONS DE
L'ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES
PROFESSIONNELLES**

(Cas du transfert de résidence du travailleur)
(article 26 § 3 de l'Accord ; article 58 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

Le présent formulaire est transmis en trois exemplaires par l'institution du pays de la nouvelle résidence du travailleur à l'institution d'accidents du travail compétente de l'autre pays.

L'institution d'accidents du travail, après avoir rempli la partie qui la concerne, adresse un exemplaire du formulaire au travailleur, fait retour d'un autre exemplaire à l'institution du pays de la nouvelle résidence, et conserve le troisième par devers-elle.

INSTITUTION D'ACCIDENTS DU TRAVAIL COMPETENTE

Dénomination :

Adresse :

**PARTIE A REMPLIR PAR L'INSTITUTION DE
LA NOUVELLE RESIDENCE DU TRAVAILLEUR**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

LE TRAVAILLEUR

Nom :

Nom de jeune fille (le cas échéant) :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : masculin - féminin (1)

Nationalité : française - gabonaise (1)

Adresse précise du travailleur :

- dans le pays d'affiliation :

.....

- dans le pays de la nouvelle résidence :

.....

Profession :

Numéro d'immatriculation :

Numéro du sinistre ou du dossier :

(1) Biffer la mention inutile

INSTITUTION DU PAYS DE LA NOUVELLE RESIDENCE DU TRAVAILLEUR

Dénomination :

Adresse :

L'institution ci-dessus désignée fait connaître que l'état de santé du travailleur nécessite la prolongation des soins à compter du
pour une période de mois jours

La charge de ces soins incombera à l'institution d'accidents du travail compétente de l'autre pays.

Le dossier médical de l'intéressé est joint au présent formulaire.

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

PARTIE A REMPLIR PAR L'INSTITUTION
D'ACCIDENTS DU TRAVAIL COMPETENTE

INDICATION DES PERIODES DE PRISE
EN CHARGE DEJA ACCORDEES
(au titre de l'article 26 de l'Accord)

Le travailleur désigné ci-dessus a bénéficié au titre de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles :

- des prestations en nature (soins) pour la période :
du au
- des prestations en espèces (indemnités journalières) pour la période :
du au

Le travailleur A - N'A PAS (1) déjà bénéficié d'une PROROGATION du droit :

- aux prestations en nature (soins pour la période :
du au
du au
- aux prestations en espèces (indemnités journalières) pour la période :
du au
du au

(1) Biffer la mention inutile

INSTITUTION D'ACCIDENTS DU TRAVAIL COMPETENTE

Dénomination :

Adresse :

L'institution ci-dessus désignée, après examen, par son contrôle médical, du dossier que lui a transmis l'institution du pays de la nouvelle résidence de l'intéressé :

- ACCORDE - REFUSE (1) la prorogation du droit aux prestations EN NATURE de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles à compter du

pour une durée de mois jours

- ACCORDE - REFUSE (1) la prorogation du droit aux prestations EN ESPECES de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles à compter du

pour une durée de mois jours

MOTIF DU REFUS :

.....
.....

VOIES DE RECOURS dont dispose le travailleur contre la décision de refus :

.....
.....
.....

DELAIS DE RECOURS

.....
.....

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la mention inutile

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.17
---------------------	---	--------------------------

**DROIT AUX PRESTATIONS DE
L'ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL**

(Cas de rechute)
(article 27 de l'Accord ; article 59 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

Le présent formulaire est transmis en trois exemplaires par l'institution du pays de la nouvelle résidence du travailleur à l'institution d'accidents du travail compétente de l'autre pays. L'institution d'accidents du travail, après avoir rempli la partie qui la concerne, adresse un exemplaire du formulaire au travailleur, fait retour d'un autre exemplaire à l'institution du pays de la nouvelle résidence, et conserve le troisième par devers-elle.

INSTITUTION D'ACCIDENTS DU TRAVAIL COMPETENTE

Dénomination :

Adresse :

**PARTIE A REMPLIR PAR L'INSTITUTION DE
LA NOUVELLE RESIDENCE DU TRAVAILLEUR**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

I - LE TRAVAILLEUR

Nom :

Nom de jeune fille (le cas échéant) :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : masculin - féminin (1)

Nationalité : française - gabonaise (1)

Adresse précise du travailleur :

- dans le pays où est survenu l'accident :

.....

- dans le pays où est survenue la rechute :

.....

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale:

(1) Biffer la mention inutile

**II - L'ACCIDENT DU TRAVAIL
ou la maladie professionnelle**

L'accident du travail (ou la maladie professionnelle) constaté(e) le
au service de l'employeur ci-dessous désigné :

Nom ou raison sociale :

Adresse :

A DONNE LIEU - N'A PAS DONNE LIEU (1) à l'attribution d'une rente INITIALE -
REVISEE (1) d'un montant de :

.....FF - CFA (1)
calculée sur un taux de : %
servie à compter du

Numéro de la rente :

Numéro du sinistre ou du dossier :

INSTITUTION DU PAYS DE LA NOUVELLE RESIDENCE DU TRAVAILLEUR

Dénomination :

Adresse :

L'institution ci-dessus désignée fait connaître que le travailleur en cause est victime
d'une RECHUTE de son accident (ou de la maladie professionnelle). Son état de santé
nécessite, en conséquence :

- l'octroi de prestations en nature (soins) à compter du
pour une période mois jours ;

Ces prestations ont été octroyées d'urgence (1)

- le paiement de prestations en espèces (indemnités journalières) à compter du
....., pour une période de mois
..... jours.

La charge de ces prestations incombera à l'institution d'accidents du travail compétente
de l'autre pays.

Le dossier médical de l'intéressé(e) est joint au présent formulaire.

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la mention inutile

PARTIE A REMPLIR PAR L'INSTITUTION
D'ACCIDENTS DU TRAVAIL COMPETENTE

INSTITUTION D'ACCIDENTS DU TRAVAIL COMPETENTE

Dénomination :

Adresse :

L'institution ci-dessus désignée, après examen, par son contrôle médical, du dossier que lui a transmis l'institution du pays de la nouvelle résidence de l'intéressé :

- autorise le travailleur à bénéficier (1)

- refuse au travailleur le bénéfice

des prestations en nature (soins) de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles dans le pays de sa nouvelle résidence, pour la durée indiquée ci-dessous (2)

Durée mois jours
du au

Le bénéfice des prestations en espèces (indemnités journalières) - est accordé - est refusé (1) au travailleur pour la durée indiquée ci-dessous :

Durée mois jours
du au

MOTIF DU REFUS :

.....
.....

VOIES DE RECOURS dont dispose le travailleur contre la décision de refus :

.....
.....
.....

DELAIS DE RECOURS

.....
.....

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la mention inutile

(2) Cette autorisation ne peut être refusée lorsque les soins ont été dispensés d'urgence

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.18
---------------------	---	--------------------------

**BORDEREAU TRIMESTRIEL DES REGLEMENTS
effectués en matière d'assurance accidents du travail**

(article 69 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

NB. : Le présent bordereau établi en double exemplaire, est adressé à chacun des organismes de liaison des deux pays.

INSTITUTION D'ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL
Dénomination :
Adresse :

Période de référence :

..... 19.....

AVANTAGES à la charge du régime français - gabonais (1)

	NOMBRE	MONTANT (en francs ou en francs CFA)
Rentes de victimes		
Rentes de survivants		

Montant total transféré : FF
..... CFA

Le présent bordereau est arrêté à la somme de
.....
(en lettres)

A

Le

Cachet de l'institution

Signature du représentant de
l'institution

(1) Biffer la mention inutile

NUMERO d'ordre	BENEFICIAIRES			AVANTAGE					OBSERVATIONS (1)
	NOM	PRENOMS	ADRESSE	NATURE	MONTANT	NUMERO	MOIS ou trimestres de référence	DATE de l'échéance	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
etc									

(1) S'il s'agit d'un premier paiement, l'indication de la date d'entrée en jouissance de la prestation devra être portée dans cette colonne (article 96 de l'Arrangement Administratif Général)

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.19
---------------------	---	--------------------------

**RAPPORT SUR LA SITUATION
D'UN PENSIONNE D'INVALIDITE**
(articles 80 et 81 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

Le présent rapport est établi à la suite d'un contrôle administratif effectué soit spontanément, soit à la demande de l'institution débitrice de la pension d'invalidité par l'institution du pays de résidence du pensionné.

INSTITUTION DU PAYS DE RESIDENCE DU PENSIONNE

Dénomination :
Adresse :

INSTITUTION DEBITRICE DE LA PENSION D'INVALIDITE

Dénomination :
Adresse :

L'institution ci-dessus désignée demande à l'institution du pays de résidence de faire procéder à un contrôle administratif du pensionné.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PENSIONNE

Nom :
 Nom de jeune fille (le cas échéant) :
 Prénoms :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Sexe : masculin - féminin (1)
 Nationalité : française - gabonaise (1)
 Adresse précise dans le pays de résidence :
 Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale:
 - en France :
 - au Gabon :
 Profession exercée avant l'incapacité de travail suivie d'invalidité :

 Titulaire de la pension d'invalidité :
 Numéro : Catégorie :
 versée depuis le :

Signature du représentant de l'institution
débitrice de la pension d'invalidité et cachet :

(1) Biffer la mention inutile

INSTITUTION DEBITRICE DE LA PENSION D'INVALIDITE

Dénomination :

Adresse :

INSTITUTION DU PAYS DE RESIDENCE DU PENSIONNE

Dénomination :

Adresse :

L'institution désignée ci-dessus, après avoir fait procéder à un contrôle administratif de la situation de l'intéressé, avise l'institution débitrice de la pension que :

LE PENSIONNE (1)

- N'A PAS REPRIS une activité professionnelle

- A REPRIS une activité professionnelle, à partir de

A - Si cette activité professionnelle est une ACTIVITE SALARIEE :

Nature de l'emploi :

Montant de la rémunération perçue au cours du trimestre écoulé :

par jour - semaine - quinzaine - mois (1) :

..... FF CFA

Rémunération normale perçue dans la même région par un travailleur de la même catégorie professionnelle que celle à laquelle appartenait l'intéressé avant de devenir invalide ou inapte (si elle est connue)

par jour - semaine - quinzaine - mois (1) :

..... FF CFA

B - Si cette activité professionnelle est une ACTIVITE INDEPENDANTE :

Nature de cette activité :

Montant du revenu professionnel :

..... FF CFA

Indication de la période correspondant à ce revenu :

année - trimestre - mois (1)

Rémunération normale perçue dans la même région par un travailleur de la même catégorie professionnelle que celle à laquelle appartenait l'intéressé avant de devenir invalide ou inapte (si elle est connue) :

par jour - semaine - quinzaine - mois (1)

.....

Observations :

A

Le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la mention inutile

SECURITE SOCIALE	ACCORD DE SECURITE SOCIALE entre la France et le Gabon	FORMULAIRE SE. 328.26
---------------------	---	--------------------------

**BORDEREAU TRIMESTRIEL DES REGLEMENTS
effectués en matière d'assurance invalidité**

(article 84 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

NB. : Le présent bordereau établi en double exemplaire, est adressé à chacun des organismes de liaison des deux pays.

INSTITUTION D'ACCIDENTS DU TRAVAIL COMPETENTE
Dénomination :
Adresse :

Période de référence :

..... 19.....

AVANTAGES à la charge du régime français - gabonais (1)

	NOMBRE	MONTANT (en francs ou en francs CFA)
Pensions d'invalidité		
Pensions de veuf ou de veuve invalide (2)		

Montant total transféré : FF
..... CFA

Le présent bordereau est arrêté à la somme de
.....
(en lettres)

A

Le

Cachet de l'institution

Signature du représentant de
l'institution

(1) Biffer la mention inutile

(2) Application de la législation française