

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° 1643/84

Plan de classement :

21					
----	--	--	--	--	--

Objet :

L'ARRANGEMENT ADMINISTRATIF COMPLEMENTAIRE N° 3 MODIFIANT L'ARRANGEMENT ADMINISTRATIF GENERAL DU 16/05/73 ET LES ARRANGEMENTS ADMINISTRATIFS COMPLEMENTAIRES N° 1 DU 16/05/73 ET N° 2 DU 22/09/78, A ETE SIGNE LE 10 JUIN 1983. Ce texte a pour objet de compléter les formulaires n° 208.06 BFT et 208.17 FT et de créer deux nouveaux modèles de formulaires.

Pièces jointes :

0	7
---	---

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° 1643/84

Objet : Diffusion de l'Arrangement Administratif complémentaire
n° 3 du 10 juin 1983.

Je vous demande de trouver ci-jointe, en annexe, la lettre ministérielle n° 798 du 17 juin 1984 relative à l'application de l'Arrangement Administratif complémentaire n° 3 du 10 juin 1983.

L'Arrangement Administratif complémentaire n° 3 modifie l'Arrangement Administratif général du 16 mai 1973 relatif aux modalités d'application de la Convention générale entre la France et la Turquie sur la sécurité Sociale, du 20 janvier 1972 ainsi que les arrangements Administratifs complémentaires n° 1 du 16 mai 1973 et n° 2 du 22 septembre 1978 (non paru au Journal Officiel).

Il a pour objet :

- de compléter :

- . le formulaire n° 208.06 BFT "avis de maladie ou d'accident ou demande de prolongation de soins"

- . le formulaire n° 208.17 FT "attestation du droit au maintien des prestations de l'assuré - accidents du travail et maladies professionnelles".
- de créer un modèle de formulaire pour le service des rentes d'accident du travail
- de faciliter la transmission des certificats de vie.

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

R VASSEUR

PJ. : - * Lettre ministérielle n° 798 du 27 juin 1984 *

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE

REPUBLIQUE FRANCAISE

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Division des Conventions Internationales

798

Paris, le

1, place de Fontenoy - 75700 PARIS

Tél. : 567.55.44

LE MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET
DE LA SOLIDARITE NATIONALE

à

Monsieur le Président du Conseil d'Administration
de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des
Travailleurs Salariés

Monsieur le Président du Conseil d'Administration
de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des
Travailleurs Salariés

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 des Antilles - Guyane

Monsieur le Directeur Départemental des Affaires
Sanitaires et Sociales de la réunion

S/ Couvert de Messieurs les Commissaires de la
République

OBJET : LETTRE MINISTERIELLE n° 798 du 27 juin 1984.

relative à l'Arrangement Administratif complémentaire n° 3 modifiant l'Arrangement Administratif général du 16 mai 1973 relatif aux modalités d'application de la Convention générale entre la France et la Turquie sur la sécurité Sociale, du 20 janvier 1972 ainsi que les Arrangements Administratifs complémentaires n° 1 du 16 mai 1973 et n° 2 du 22 septembre 1978 (non paru au Journal Officiel).

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'à l'issue des négociations entre une délégation française et une délégation turque qui se sont déroulées à PARIS du 8 au 10 juin 1983, un Arrangement Administratif complémentaire n° 3 modifiant l'Arrangement Administratif général du 16 mai 1973 et les Arrangements Administratifs complémentaires n° 1 du 16 mai 1973 et n° 2 du 22 septembre 1978, a été signé le 10 juin 1983.

Ce texte a pour objet :

- de compléter le formulaire n° 208.06 BFT intitulé "avis de maladie ou d'accident ou demande de prolongation de soins" par une annexe I fixant un modèle de rapport médical simplifié destiné à unifier la présentation des pièces médicales fournies en justificatifs des prestations réclamées par l'organisme du lieu de séjour de l'assuré ;
- de compléter le formulaire n° 208.17 FT intitulé "attestation du droit au maintien des prestations de l'assuré accidents du travail et maladies professionnelles" par une annexe I fixant un modèle de rapport médical simplifié visant au même but que supra ;
- de créer deux modèles de formulaires destinés à énumérer et fixer les renseignements indispensables à l'examen des demandes ;
 - . d'allocation de veuvage,
 - . de rente d'accident du travail
 - ou
 - . de rente de survivant d'une victime d'accident du travail auprès d'un régime de sécurité sociale, par des assurés résidant sur le territoire de l'autre Etat.
- de faciliter la transmission des certificats de vie exigés pour le service des arrérages de pension par la création d'un modèle unique.

Vous voudrez bien trouver, ci-joint en annexe, le texte de ce nouvel Arrangement Administratif complémentaire ainsi que les modèles des nouveaux formulaires qu'il prévoit et dont la version bilingue sera disponible auprès de l'ACOSS chargée de l'impression de ces imprimés.

Le Directeur de la Sécurité Sociale,
Le Chef de Service
Adjoint au Directeur de la Sécurité Sociale

R RUELLAN

ARRANGEMENT ADMINISTRATIF COMPLEMENTAIRE N° 3 MODIFIANT LES ARRANGEMENTS ADMINISTRATIFS COMPLEMENTAIRES N° 1 DU 16 MAI 1973 ET N° 2 DU 22 SEPTEMBRE 1978 FIXANT LES MODELES DE FORMULAIRES POUR L'APPLICATION DE L'ARRANGEMENT ADMINISTRATIF GENERAL DU 16 MAI 1973 RELATIF AUX MODALITES D'APPLICATION DE LA CONVENTION GENERALE ENTRE LA FRANCE ET LA TURQUIE SUR LA SECURITE SOCIALE DU 20 JANVIER 1972.

*

* *

Conformément à l'article 47 de la Convention générale sur la sécurité sociale entre la République Française et la République de Turquie signée le 20 janvier 1972, les autorités administratives compétentes des deux pays telles que définies par l'article 46 de ladite Convention et représentées par :

Du côté français :

- M Henri-Louis TELLIER, Chef du Bureau des Conventions Internationales, Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale,
- M MEURINNE, Chef du Bureau des Relations Internationales, Direction des Affaires Sociales au Ministère de l'Agriculture.

Du côté turc :

- Monsieur Okan GEZER, Directeur du Département des Affaires Sociales au Ministère des Affaires Etrangères.

ont arrêté, d'un commun accord, les dispositions suivantes :

Article 1^{er}

1. La liste des modèles de formulaires figurant à l'article 1^{er} de l'Arrangement Administratif complémentaire n° 1 du 16 mai 1973 est complétée par les modèles de formulaires suivants :

Dispositions de l'Arrangement Administratif général	Désignations des formulaires
article 12	N° SE 208.06 B-FT - Annexe I Rapport médical simplifié
article 58	N° SE 208.25 FT Demande d'allocation de veuvage
article 58	N° SE 208.26 FT Certificat de vie
article 71	N° SE 208.17 FT - Annexe Rapport médical simplifié
article 83	N° SE 208.27 FT Demande de rente d'accident du travail ou de rente de survivant d'une victime d'accident du travail

2. Les nouveaux modèles de formulaires ci-dessus désignés figurant en annexe I au présent arrangement administratif complémentaire.

Fait à Paris le 10 juin 1983, en double exemplaire, en langue française et turque, chacun des textes faisant également foi.

Pour les autorités compétentes françaises

Pour les autorités compétentes turques

SECURITE SOCIALE	CONVENTION DU 20 JANVIER 1972 ENTRE LA FRANCE ET LA TURQUIE	FORMULAIRE n° SE. 208.06 B FT
---------------------	--	-------------------------------------

ANNEXE I

RAPPORT MEDICAL SIMPLIFIE

(article 12 de l'Arrangement Administratif Général)

Dossier n°

IMPORTANT

Le dossier devra être complété

- en page 3 par le médecin traitant du travailleur en congés payés dans son pays d'origine qui devra cacheter cette partie du formulaire
- en page par l'institution du lieu de séjour de l'intéressé laquelle transmettra le rapport médical en annexe au formulaire n° SE 208.06 B.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

LE TRAVAILLEUR	
Nom :	Nom de jeune fille :
Prénom(s) :	Prénom(s) du père :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Nationalité : Française ☐ (1) Turque ☐ (1)	Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐ (1)
Numéro d'immatriculation :	
☐ en France :	
☐ en Turquie :	
Adresse dans le pays d'emploi :	
.....	
Congés payés :	
Durée du : au	
Nom ou raison sociale de l'employeur :	
.....	
Adresse de l'employeur :	
.....	

(1) Mettre une croix dans la case qui suit l'indication appropriée

Rapport établi par le docteur

Nom : Prénom(s) :

Adresse :
.....

Institution d'affiliation

Dénomination :

Adresse :

ANALYSE DE L'AFFECTION ACTUELLE (plaintes du malade, début de l'affection, évolution, thérapeutique éventuellement appliquée) :
.....

6 - Examen clinique

6.1. Etat général : Poids : Taille :

6.2. Autres constatations :
.....
.....

6.3. Appareil respiratoire (2)

6.4. Appareil cardio-vasculaire (2)

6.5. Appareil digestif (2)

6.6. Appareil locomoteur (2)

6.7. Appareil génito urinaire (2)

6.8. Système nerveux et psychisme (2)

6.9. Autres appareils et systèmes (2)

7. Examens techniques éventuellement pratiqués

7.1. compte rendus radiographiques, électrocardiographiques, électroencéphalographiques, examens biologiques, autres examens :
.....

8. Diagnostic :
.....

9. Thérapeutique instituée :
.....

(2) Renseignements à donner selon la nature de l'affection.

10. Conclusion :

10.1. L'intéressé n'est pas reconnu incapable de travailler ☐ (1)

10.2. L'intéressé est reconnu incapable de travailler ☐

10.3. du : au :

10.4. Cachet

10.5. Date :

10.6 Signature :

Institution du lieu de séjour :

Dénomination :

Adresse :

Cachet du représentant
de l'institution

Signature du représentant
de l'institution

(1) Mettre une croix dans la case qui suit l'indication appropriée

(2) Renseignements à donner selon la nature de l'affection.

SECURITE SOCIALE	CONVENTION DU 20 JANVIER 1972 ENTRE LA FRANCE ET LA TURQUIE	FORMULAIRE n° SE. 208.17
---------------------	--	-----------------------------

RAPPORT MEDICAL SIMPLIFIE

(Transfert de résidence du travailleur victime d'un accident
du travail ou d'une maladie professionnelle)

Dossier n°

Le présent rapport est établi par le médecin contrôleur de l'institution d'accidents du travail et doit être clos (utiliser les parties gommées) pour préserver le secret médical. Il doit être également joint au formulaire SE 208.17 FT.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR

Nom : Nom de jeune fille :
Prénoms : Prénoms du père :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Sexe : Masculin - Féminin (1) Nationalité : Turquie - Française (1)
Numéro d'immatriculation :

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE MEDICAL

Nature de l'accident du travail - de la maladie professionnelle (1) :
.....
Lésions produites par l'accident ou la maladie :
.....
Séquelles constatées ou probables :
.....
.....
Description détaillée de l'état de la victime :
.....
.....
Nature du traitement suivi ou prescrit :
.....
.....
Autres affections et/ou traitements pouvant survenir et/ou être nécessaires en
fonction des lésions ou séquelles de l'accident ou de la maladie :
.....
Date :
Signature du médecin :

(1) Biffer la mention inutile

SECURITE SOCIALE	CONVENTION DU 20 JANVIER 1972 ENTRE LA FRANCE ET LA TURQUIE	FORMULAIRE n° SE. 208.25 FT
---------------------	--	-----------------------------------

DEMANDE D'ALLOCATION DE VEUVAGE

Dossier n° (1)

A - INSTITUTION FRANCAISE D'ASSURANCE VIEILLESSE
Dénomination :
Adresse :

La Direction Générale de l'Institution des Assurances Sociales turques (2)
Informe

L'institution française compétente ci-dessus désignée qu'elle a été saisie, de la part de la personne visée au cadre B ci-dessous d'une demande d'allocation de veuvage.

B - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR
Nom : Nom de jeune fille :
Prénoms : Prénoms du père :
Sexe : Masculin - Féminin (3) Nationalité : Turque - Française (3)
Date de naissance : Lieu de naissance :
Adresse précise :
Veuf ou veuve depuis le :

C - LES ENFANTS				
A charge au moment de la demande				
NOM	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Lien de parenté (4)
Ayant été à charge pendant au moins 9 ans avant leur 16 ^{ème} anniversaire.				
NOM	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Lien de parenté (4)
Autre(s) cas. Préciser le(s)quel(s) :				

D - LE CONJOINT DECEDE - ETAT CIVIL

Nom : Nom de jeune fille :
 Prénoms : Prénoms du père :
 Date de naissance : Lieu de naissance :
 Sexe : Masculin - Féminin (3) Nationalité : Turque - Française (3)
 Adresse préciser au moment du décès :
 Numéro d'immatriculation
 - en France :
 - en Turquie :

CONJOINT DECEDE - SITUATION AU COURS DES 3 MOIS PRECEDANT LE DECES

(5) () Etait-il salarié :
 ☐ du régime général (5)
 ☐ du régime agricole (5)

Si oui, complétez le tableau ci-dessous :

Période d'emploi		Profession	Nom, adresse et n° de l'employeur
du	au	exercée	(figurant sur les bulletins de paie).

Avait-il interrompu son travail : ☐ oui ☐ non (5)

Si oui,

- Percevait-il des indemnités journalières de l'assurance maladie, maternité, ou au titre des accidents du travail (joindre le dernier décompte du centre de paiement).

☐ oui (5)

☐ non (5)

- Percevait-il du régime général de la sécurité sociale une rente d'accident du travail, une pension d'invalidité ou une retraite personnelle (joindre la notification d'attribution).

☐ oui (5)

☐ non (5)

- Autres situations (préciser laquelle) :

**DECLARATION DES RESSOURCES
ET DES BIENS DU DEMANDEUR**

(5) () le demandeur a été salarié au cours des trois mois

☐ précédant le décès (5)

☐ précédant la présente demande (5)

Montant des salaires perçus durant cette période :

(5) () le demandeur est titulaire

☐ d'une pension d'invalidité (5)

☐ d'une pension de vieillesse ou rente d'accident du travail (5)

Nom et adresse de l'organisme payeur :

N° d'inscription :

Montant perçu au cours des trois mois civils précédant le décès ou la présente demande

(5) () ☐ Le demandeur a perçu des capitaux d'assurance vie.

- Nom et adresse de l'organisme payeur :

.....

- Montant :

(5) () ☐ Autres ressources :

Nature :

Montant perçu au cours des trois mois civils précédant le décès ou la présente demande :

(5) () ☐ Le demandeur est détenteur de biens (maisons, terrains, titres, actions, obligations).

(1) Rappeler ce n° de dossier dans toute correspondance ultérieure.

(2) En Turquie, la Direction Générale de l'Institution des Assurances Sociales turques vérifie à l'aide de pièces justificatives la conformité des renseignements fournis sur l'état civil du demandeur, de son conjoint et de ses enfants, le cas échéant, et certifie leur exactitude.

En France, est compétente pour instruire la présente demande la Caisse Régionale d'Assurance maladie (siège vieillesse) de la circonscription de la dernière résidence de l'assuré décédé et pour le régime agricole la Caisse Centrale de Secours Mutuel Agricole.

(3) Biffer la mention inutile.

(4) Préciser si l'enfant est légitime, naturel, recueilli, adopté.

(5) Mettre une croix dans la case qui précède ou suit l'indication appropriée.

Nature des biens	Valeur actuelle	Indiquer par une croix l'habitation principale du demandeur	Observations

--	--	--	--

Le demandeur certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans la présente demande.

A Le
Signature du demandeur

Cachet du représentant de
l'institution turque

Cachet du représentant
de l'institution française

SECURITE SOCIALE	CONVENTION DU 20 JANVIER 1972 ENTRE LA FRANCE ET LA TURQUIE	FORMULAIRE n° SE. 208.26 FT
---------------------	--	-----------------------------------

CERTIFICAT DE VIE

(Article 58 de l'Arrangement Administratif Général)

IMPORTANT

Le présent certificat doit être fourni par l'institution débitrice de la pension ou de la rente qui l'adresse annuellement à compter de la date de paiement des prestations arriérées au titulaire de l'avantage résidant en Turquie.

Le bénéficiaire de la pension ou rente renvoie l'imprimé complété à l'institution débitrice, cette formalité conditionnant le versement ultérieur des arriérés.

INSTITUTION FRANCAISE DEBITRICE DE LA PENSION OU DE LA RENTE

Dénomination :

Adresse :

Nature de la pension ou de la rente :

Nature de la pension ou de la rente :

Renseignements d'état civil concernant

I - LE TITULAIRE DE LA PENSION OU DE LA RENTE

Nom : Nom de jeune fille :

Prénoms : Prénoms du père :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Sexe : Masculin - Féminin (1) Nationalité : Turquie - Française (1)

Marié(e) - veuf(ve) - séparé(e) - divorcé(e) - célibataire (1)

Date du mariage :

Adresse en Turquie :

Numéro d'immatriculation

- en France :

- en Turquie :

II - LE CONJOINT

Nom : Nom de jeune fille :
Prénoms : Prénoms du père :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Sexe : Masculin - Féminin (1) Nationalité : Turque - Française (1)
Adresse en Turquie :
.....

III - LES ENFANTS

Nom et prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Observations

L'officier d'état-civil (2) de la commune de

atteste

L'existence, à la présente date, du titulaire de la pension ou de la rente visée ci-dessus et, le cas échéant, de son conjoint et de ses enfants et lui délivre le présent certificat.

A Le

Cachet et signature
de l'officier d'état-civil

Signature du titulaire
de la pension ou de la rente

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Est compétent, en Turquie, pour délivrer le présent certificat.

SECURITE SOCIALE	CONVENTION DU 20 JANVIER 1972 ENTRE LA FRANCE ET LA TURQUIE	FORMULAIRE n° SE. 208.27 FT
---------------------	--	-----------------------------------

DEMANDE

- ☐ DE RENTE D'ACCIDENT DU TRAVAIL (1)
☐ DE RENTE DE SURVIVANT D'UNE
VICTIME D'ACCIDENT DU TRAVAIL (1)

Dossier n°

Date d'introduction de la demande :

NB. : Le présent formulaire doit être établi par l'institution du pays de résidence du demandeur et transmis à l'institution compétente du pays d'affiliation, accompagné de toutes pièces justificatives d'ordre médical et administratif.

Renseignements concernant

I - LE TRAVAILLEUR	
Nom :	Nom de jeune fille :
Prénoms :	Prénoms du père :
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
(Commune)	(Département)
Sexe : ☐ masculin - ☐ féminin (1)	
Nationalité : ☐ turque - ☐ française (1)	
Adresse à la date de la demande - ou du décès :	
Numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale	
- en France :	
- en Turquie :	
Situation de famille à la date de la demande (ou du décès)	
☐ célibataire ☐ marié ☐ veuf ☐ divorcé ☐ séparé (1)	
En cas de demande de pension de survivant :	
Date du décès du travailleur :	

II - LE CONJOINT

Nom : Nom de jeune fille :
 Prénoms : Prénoms du père :
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Sexe : ☐ masculin - ☐ féminin (1) Nationalité : ☐ turque - ☐ française (1)

 Adresse :
 Date du mariage avec le travailleur :
 Date du divorce (le cas échéant) : de la séparation
 Date du remariage (le cas échéant) :
 Noms et prénoms du nouveau conjoint :

III - LES ENFANTS

Noms	Prénoms	Date de naissance	Lien de filiation	Situation (3)
1.....				
2.....				
3.....				
4.....				
5.....				

Autres ayants-droit à charge

Noms	Prénoms	Date de naissance	Lien de parenté	Adresse

IV - RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Employeur ou dernier employeur de la victime :
 Adresse de l'employeur :

☐ Dernière institution d'affiliation de la victime (1)
 ou
☐ Institution débitrice de la rente dans l'autre pays (1)

 Dénomination :
 Adresse :

Pièces jointes :

- Rapport médical détaillé ☐
- Déclaration d'accident du travail ☐ (1)
- Autres documents ☐

INSTITUTION DU PAYS DE RESIDENCE

Dénomination :

Adresse :

Cachet :

Date :

Signature :

(1) Mettre une croix dans la case qui précède ou qui suit l'indication appropriée.

(2) Le n° de dossier doit être rappelé dans toute correspondance ultérieure.

(3) Indiquer si l'enfant est scolarisé, étudiant, apprenti, infirme, etc...