

## ATTESTATION DE DROITS AUX SOINS PROGRAMMÉS

Art. 4 et 8 du Protocole annexe

Art.1 de l'Arrangement administratif

## 1 PERSONNE CONCERNÉE

- 1.1. Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance: \_\_\_\_\_
- 1.2. Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_
- 1.3. Adresse en Algérie : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 1.4. Adresse de résidence provisoire en France<sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 1.5. N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse Email <sup>(1)</sup> : \_\_\_\_\_
- 1.6. Numéro du dossier : \_\_\_\_\_
- 1.7. Numéro d'immatriculation au régime algérien : \_\_\_\_\_

2. La personne citée au cadre 1 remplit les conditions de la législation algérienne pour bénéficier des prestations en nature de l'assurance : <sup>(2)</sup>

- ☐ maladie
- ☐ maternité
- ☐ accidents du travail et maladies professionnelles.

3. Ces prestations seront servies en vertu de la présente attestation :

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ inclus

#### 4 DÉCLARATION DE LA PERSONNE CONCERNÉE

Je, soussigné :

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Nom de naissance: \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Autorise la transmission des documents ou données médicales me concernant entre les institutions françaises et algériennes.

J'accepte le rapatriement en Algérie en cas de refus de prolongation ou de modification des soins programmés.

Date : \_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée

Signature de son représentant légal <sup>(3)</sup>

#### 5 INSTITUTION COMPÉTENTE ALGÉRIENNE

5.1 Dénomination : Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs

5.2 Adresse : Route des deux bassins Ben Aknoun ALGER- ALGERIE

L'institution compétente algérienne accepte les termes du devis établi par l'établissement de santé français

le \_\_\_\_\_

pour un coût de \_\_\_\_\_ euros. (en lettres et en chiffres)

Conformément à l'article 2 de l'arrangement administratif, elle s'engage à prendre en charge intégralement cette dépense.

5.3 Cachet :

5.4. Date : \_\_\_\_\_

5.5. Signature et qualité du signataire:

#### NOTES

(1) A compléter si elle en dispose

(2) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée

(3) Si la personne concernée est un enfant mineur ou un majeur incapable

## **INSTRUCTIONS**

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Ce formulaire se compose de trois pages, aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

Lorsque les échanges entre l'établissement de santé français et l'institution compétente algérienne (Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés) ont abouti à l'acceptation du devis par la CNAS, la CNAS établit cette attestation en quadruple exemplaire, en remet un exemplaire à la personne concernée avant son départ pour la France, en adresse un 2ème au Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE) BP 20321 – 56020 VANNES cedex, un 3ème à l'établissement de santé français et conserve le 4ème exemplaire.

### **Poursuite ou modification des soins programmés**

Si l'état de santé du patient nécessite la poursuite ou la modification du service des prestations au-delà de la durée initialement prévue, l'établissement de santé français adresse un formulaire SE 352-302 « demande de poursuite ou de modification des soins programmés » à la CNAS.

### **Indications pour la personne concernée par les soins**

Vous devez remettre cette attestation à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dont dépend l'établissement de santé français où vous allez recevoir les soins pour lesquels vous avez obtenu l'accord de la caisse algérienne.

Les frais relatifs aux prestations qui vous seront servies sur la base de cette attestation, seront intégralement pris en charge par la CPAM pour le compte de la CNAS. Ceci inclut la prise en charge des soins et des prestations en nature selon les dispositions de la législation française ainsi que le ticket modérateur, le forfait journalier et les franchises médicales sur les coûts des soins pendant la durée prévue par l'attestation.