

**AVIS DE MALADIE OU DE 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°

N.B. – 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'allocations 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 À REMPLIR PAR L'INSTITUTION DU PAYS DE SÉJOUR

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 CONGÉ PAYÉ

INDICATION PRÉCISE de la période de congé 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 DU PAYS DE SÉJOUR 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 précédent 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 À REMPLIR PAR L'INSTITUTION D'AFFILIATION

INDICATIONS DES PÉRIODES DE PRISE EN CHARGE DÉJÀ ACCORDÉES

(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

(1) Biffer la mention inutile