

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

*(Cas du séjour temporaire dans l'autre pays)*

*(Articles 17 et de l'Accord ;  
Articles 33 et 34 de l'arrangement administratif général)*

Dossier n° .....

**N.B.-** La présente attestation, établie en triple exemplaire, 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<sup>(1)</sup>

Adresse du travailleur :

- dans le pays d'affiliation : .....

- dans le pays de séjour : .....

Profession.....

Numéro d'immatriculation :

En France : .....

Au Gabon : .....

INSTITUTION COMPETENTE DU PAYS DE SEJOUR TEMPORAIRE DU TRAVAILLEUR

Dénomination .....

Adresse .....

.....

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 DESIGNEE**

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<sup>(1)</sup>** le travailleur à bénéficier – à conserver le bénéfice des prestations en nature (soins) de l’assurance maladie dans le pays de séjour temporaire pour une durée de :

du..... au .....

**REFUSE<sup>(1)</sup>** au travailleur le bénéfice – la prorogation du bénéfice<sup>(1)</sup> 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 :

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

**DÉLAIS DE RECOURS :**

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

A....., le .....

Signature du représentant de l’institution et cachet

**RENSEIGNEMENT 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 (articles 27 de l’arrangement administratif général).laquelle transmettra sans retard l’ensemble du dossier à l’institution d’affiliation.

(1) Biffer la mention inutile