

ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DES PRESTATIONS EN COURS DE L'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

Règlement (CEE) n° 1408/71: article 22.1 b i; article 22.1 c i; article 22.3; article 22 bis; article 31  
Règlement (CEE) n° 574/72: article 22.1 et 3; article 23; article 31.1 et 3

L'institution compétente ou l'institution du lieu de résidence du membre de la famille de l'assuré ou du titulaire de pension ou de rente ou du membre de sa famille remet le formulaire à l'assuré ou au titulaire de pension ou de rente ou au membre de la famille de ce dernier. Si l'assuré ou le titulaire de pension ou de rente se rend au Royaume-Uni, un exemplaire du formulaire doit également être adressé au Department for Work and Pensions, The Pension Service, International Pension Center, Tyneview Park, à Newcastle upon Tyne.

**Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées.  
Il se compose de deux pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée.**

1.	<input type="checkbox"/> Assuré	<input type="checkbox"/> Membre de la famille de l'assuré
	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié	<input type="checkbox"/> Membre de la famille d'un travailleur non salarié
	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (salarié)	<input type="checkbox"/> Membre de la famille d'un titulaire de pension ou de rente (salarié)
	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (non salarié)	<input type="checkbox"/> Membre de la famille d'un titulaire de pension ou de rente (non salarié)

1.1	Nom(s) (2) de famille:	.....
1.2	Prénom(s) (3):	.....
	Date de naissance:	.....
1.3	Nom(s) antérieur(s):	.....
1.4	Adresse dans le pays compétent:	.....
1.5	Adresse dans le pays où l'intéressé se rend:	.....
1.6	N° d'identification personnel (4):	.....

2. La personne indiquée ci-dessus est autorisée à conserver le bénéfice des prestations en nature

de l'assurance maladie-maternité  de l'assurance accidents de la vie privée (5)

à/au/en ..... (pays), où elle se rend

2.1  pour y établir sa résidence

2.2  pour y recevoir des soins auprès de (6)

.....

.....

ou de tout autre établissement de nature similaire en cas de transfert rendu médicalement nécessaire par son traitement.

2.3  pour y envoyer des échantillons biologiques aux fins d'analyses sans que la présence de la personne précitée ne soit requise

3. Lesdites prestations peuvent être servies, au vu de la présente attestation,

du ..... au ..... inclus.

4.	Le rapport de notre médecin contrôleur
4.1	<input type="checkbox"/> est joint au présent formulaire sous pli fermé
4.2	<input type="checkbox"/> a été adressé le ..... à (7) .....
4.3	<input type="checkbox"/> peut être envoyé sur demande
4.4	<input type="checkbox"/> n'a pas été établi

5.	Institution compétente		
5.1	Dénomination: .....		
5.2	N° d'identification de l'institution: .....		
5.3	Adresse: .....		
5.4	Cachet	5.5	Date: .....
		5.6	Signature: .....
			.....

## Indications pour le bénéficiaire

Vous devez présenter au plus tôt cette attestation à l'institution d'assurance maladie-maternité du lieu où vous vous rendez, c'est-à-dire:

en **Belgique**, la mutualité choisie;

en **République tchèque**, le «Zdravotní pojišťovna», le fonds d'assurance maladie choisi;

au **Danemark**, le prestataire de soins, généralement le médecin généraliste qui vous enverra chez un spécialiste;

en **Allemagne**, la «Krankenkasse» (Caisse de maladie) de votre choix;

en **Estonie**, l'«Eesti Haigekassa» (Fonds d'assurance maladie estonien);

en **Grèce**, en règle générale, l'office régional ou local de l'Institut des assurances sociales (IKA) qui remet à l'intéressé un livret de santé sans lequel les prestations en nature ne sont pas accordées;

en **Espagne**, les services médicaux et hospitaliers du système de santé couvert par les assurances sociales espagnoles. Joindre une photocopie au formulaire;

en **France**, la Caisse primaire d'assurance maladie;

en **Irlande**, le «Health Board» (service de santé) dans le ressort duquel la prestation est demandée;

en **Italie**, en règle générale, l'Unità sanitaria locale (ASL) (unité locale de l'administration de la santé) compétente selon le territoire;

à **Chypre**, «Υπουργείο Υγείας» (ministère de la santé, 1448 Nicosie);

en **Lettonie**, la «Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra» (Agence nationale d'assurance maladie obligatoire);

en **Lituanie**, le «Territorial Patient Fund» (fonds territorial des patients) et les institutions de maladie-maternité;

au **Luxembourg**, la Caisse de maladie des ouvriers;

en **Hongrie**, le prestataire de soins auquel le traitement est demandé;

à **Malte**, le service national de santé (le médecin, le dentiste, l'hôpital, le centre de santé) où les soins sont dispensés;

aux **Pays-Bas**, toute caisse de maladie compétente pour le lieu de résidence ou, en cas de séjour temporaire, l'«Agis zorgverzekeringen», à Utrecht;

en **Autriche**, la «Gebietskrankenkasse» (Caisse régionale d'assurance maladie) compétente pour le lieu de résidence ou de séjour;

en **Pologne**, l'agence locale du «Narodowy Fundusz Zdrowia» (Fonds de santé national) compétente pour le lieu de résidence ou de séjour;

au **Portugal, pour le continent**: le «Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social» (Centre de district de solidarité et de sécurité sociale) du lieu de résidence ou de séjour; pour **Madère**: le «Centro de Segurança Social da Madeira» (Centre de sécurité sociale de Madère), à Funchal;

pour **les Açores**: le «Centro de Prestações Pecuniárias» (Centre de prestations en espèces), du lieu de séjour;

en **Slovénie**, l'office régional du «Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije» (ZZZS) (l'institut d'assurance maladie de Slovénie) du lieu de résidence ou de séjour;

en **Slovaquie**, la «Zdravotná poisťovňa» (l'institution d'assurance maladie) selon le choix de la personne assurée. En ce qui concerne les prestations en espèces, la «Sociálna poisťovňa» (le Bureau d'assurance sociale), à Bratislava;

en **Finlande**, l'office local de la «Kansaneläkelaitos» (Institution d'assurances sociales). Le formulaire doit être remis au centre de santé municipal ou à l'établissement hospitalier public pratiquant le traitement;

en **Suède**, le «Försäkringskassan» (Office des assurances sociales). Le formulaire doit être présenté à l'institution pratiquant le traitement;

au **Royaume-Uni**, le service médical (médecin, dentiste, hôpital, etc.) auquel le traitement est demandé;

en **Islande**, le «Tryggingastofnun ríkisins» (Institut de sécurité sociale de l'État), à Reykjavik;

au **Liechtenstein**, l'«Amt für Volkswirtschaft» (Office d'économie nationale), à Vaduz;

en **Norvège**, le «lokale Trygdekontor» (Office local d'assurance);

en **Suisse**, l'«Institution commune LAMal – Istituto comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG», à Solothurn. Le formulaire doit être présenté au médecin ou à l'institution pratiquant le traitement.

## NOTES

- (<sup>1</sup>) Sigle du pays auquel appartient l'institution qui remplit le formulaire: BE = Belgique; CZ = République tchèque; DK = Danemark; DE = Allemagne; EE = Estonie; GR = Grèce; ES = Espagne; FR = France; IE = Irlande; IT = Italie; CY = Chypre; LV = Lettonie; LT = Lituanie; LU = Luxembourg; HU = Hongrie; MT = Malte; NL = Pays-Bas; AT = Autriche; PL = Pologne; PT = Portugal; SI = Slovénie; SK = Slovaquie; FI = Finlande; SE = Suède; UK = Royaume-Uni; IS = Islande; LI = Liechtenstein; NO = Norvège; CH = Suisse.
- (<sup>2</sup>) Indiquer tous les noms dans l'ordre de l'état civil.
- (<sup>3</sup>) Indiquer tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil.
- (<sup>4</sup>) Indiquer le numéro de l'assuré dans le cas où le membre de la famille ne possède pas de numéro d'identification personnel.
- (<sup>5</sup>) À remplir par les institutions françaises de travailleurs agricoles non salariés.
- (<sup>6</sup>) À préciser si possible.
- (<sup>7</sup>) Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.