

SECURITE
SOCIALEACCORD DE SECURITE SOCIALE ENTRE
LA FRANCE METROPOLITAINE ET LA NOUVELLE-CALEDONIEFormulaire
SE 988-07

**ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE
MALADIE-MATERNITE EN CAS DE SEJOUR PROFESSIONNEL SUR L'AUTRE TERRITOIRE**
(Article 19, paragraphes 3 de l'accord)

L'institution compétente remplit le formulaire et le remet au travailleur ou l'envoi à l'institution du lieu de séjour si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci.

1	<input type="checkbox"/> Travailleur détaché	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Non salarié	<input type="checkbox"/> autre personne assurée en séjour professionnel
1.1	Nom :	Prénom :	Nom de naissance :
1.2	Date de naissance :		Nationalité :
1.3	Adresse ⁽¹⁾ :		
1.4	Numéro d'immatriculation :		

2	AYANT DROIT ⁽²⁾			
2.1	Nom	Prénoms	Nom de naissance	Date de naissance

2.2	Adresse habituelle ⁽¹⁾⁽³⁾ :			
			

3 Les personnes précitées ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité.

Ces prestations peuvent être servies :

3.1 du au inclus

4 INSTITUTION COMPETENTE

4.1 Dénomination : Numéro de code ⁽⁴⁾ :

4.2 Adresse ⁽¹⁾ :
.....

4.3 Cachet 4.4 Date :

4.5 Signature :

4.6 Validation du au :

4.7 Cachet 4.8 Date :

4.9 Signature :

4.10 Validation du au :

4.11 Cachet 4.12 Date :

4.13 Signature :

5 INSTITUTION FRANÇAISE COMPETENTE POUR LES ACCIDENTS DE LA VIE PRIVEE DES NON SALARIES AGRICOLES

5.1 Dénomination : Numéro de code ⁽⁴⁾ :

5.2 Adresse ⁽¹⁾ :
.....

5.3 Cachet 5.4 Date :

5.5 Signature :

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de trois pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

INDICATIONS POUR L'ASSURE ET SES AYANTS DROIT

Ce document est à utiliser lorsque le travailleur choisit de s'adresser à l'institution du lieu de séjour professionnel pour obtenir des prestations en nature de l'assurance maladie maternité. Les prestations sont alors servies, sur présentation de ce document, par la caisse du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, pour tout état venant à nécessiter des prestations au cours du séjour. Ces dispositions sont également valables pour les ayants droit ayant accompagné le travailleur.

Si la demande est présentée par un travailleur détaché ou par un membre de sa famille le présent formulaire devra être accompagné du certificat d'assujettissement (*formulaire SE 988-01*).

Si l'intéressé ne s'adresse pas à l'institution du lieu de séjour professionnel, les prestations en nature de l'assurance maladie maternité seront servies par l'institution compétente selon les dispositions de la législation qu'elle applique. Il appartiendra à l'intéressé de présenter à la caisse compétente les factures acquittées des frais exposés.

Si l'état de santé du travailleur nécessite un arrêt de travail, il lui appartient d'adresser, dans les 48 heures, directement à l'institution compétente, l'avis ou la prolongation d'arrêt de travail établi par le médecin traitant.

Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'organisme du territoire sur lequel il séjourne, c'est-à-dire :

- en **France métropolitaine** : à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle les soins sont dispensés
- dans un **département d'outre-mer** : à la caisse générale de sécurité sociale dans la circonscription de laquelle les soins sont dispensés.

- **En Nouvelle-Calédonie : la CAFAT.**

NOTES

- (1) Rue, numéro, code postal, localité, pays
- (2) Indiquer uniquement les ayants droit qui se rendent temporairement sur l'autre territoire
- (3) A indiquer uniquement quand l'adresse des ayants droit diffère de celle de l'assuré
- (4) A compléter si elle en dispose.