



## **Arrangement pour l'application de l'Accord européen du 17 octobre 1980 concernant l'octroi des soins médicaux aux personnes en séjour temporaire**

Strasbourg, 26.V.1988

### **Annexes**

---

#### **Annexe 1 – Autorités compétentes**

Aucune déclaration n'a été reçue en application de l'article 4.

#### **Annexe 2.A – Organismes de liaison**

Aucune déclaration n'a été reçue en application de l'article 4.

#### **Annexe 2.B – Parties avec les institutions desquelles les relations doivent être effectuées par l'intermédiaire des organismes de liaison**

Aucune déclaration n'a été reçue en application de l'article 4.

#### **Annexe 3 – Institutions compétentes**

Aucune déclaration n'a été reçue en application de l'article 4.

#### **Annexe 4 – Institutions du lieu de séjour**

Aucune déclaration n'a été reçue en application de l'article 4.

#### **Annexe 5 – Dispositions visées à l'alinéa b de l'article 5 du présent Arrangement**

Aucune déclaration n'a été reçue en application de l'article 4.

#### **Annexe 7 – Parties dont la législation est visée au paragraphe 3 de l'article 6 du présent Arrangement**

Aucune déclaration n'a été reçue en application de l'article 4.

#### **Annexe 8 – Accords conclus entre Parties dans le cadre de l'article 6 de l'Accord**

Aucune déclaration n'a été reçue en application de l'article 4.

#### **Annexe 9 – Parties dont l'institution compétente procède au remboursement des frais conformément aux dispositions du paragraphe 2 de l'article 9 du présent Arrangement**

Aucune déclaration n'a été reçue en application de l'article 4.

**Annexe 6 – Attestation certifiant le droit aux soins médicaux (1)**

1. Titulaire du droit (Nom, prénom(s) et adresse) (2)

1.1. Numéro d'immatriculation ou d'identification (3) .....
1.2. Date de naissance .....

2. Membres de la famille (4)

	Nom	Prénom(s)	Date de naissance
2.1.1.	.....	.....	.....
2.1.2.	.....	.....	.....
2.1.3.	.....	.....	.....
2.1.4.	.....	.....	.....
2.2.	Adresse habituelle (5,2) .....		
	.....		

3. Si l'état de la/des personne(s) précitée(s) devait nécessiter immédiatement des soins médicaux, selon l'avis médical, au cours d'un séjour temporaire en (6)..... elle(s) a/ont droit d'y recevoir les soins médicaux requis par son/leur état.

4. La présente attestation est valable

- à partir du ..... jusqu'au ..... inclus (7);
- pour les cas de maladie survenant jusqu'au ..... inclus, pendant ..... semaines à partir du début de la maladie (7);
- à partir du ..... (7).

5. Institution compétente

5.1. Dénomination .....	
5.2. Adresse (2) .....	
5.3. Cachet	5.4. Date .....
	5.5. Signature .....

### Instructions

- 1 L'institution compétente remplit l'attestation en caractères d'imprimerie et la remet à l'intéressé(e), ou l'envoie à l'institution du lieu de séjour si l'attestation a été établie à la demande de cette dernière.
- 2 Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- 3 Par numéro d'immatriculation on entend le numéro donné dans certains Etats aux personnes soumises à la législation de sécurité sociale.  
  
Par numéro d'identification on entend tout autre numéro (administratif ou technique) permettant d'individualiser l'intéressé(e).
- 4 A remplir seulement si les membres de la famille ne sont pas titulaires d'un droit personnel aux soins médicaux.
- 5 A remplir seulement si cette adresse est différente de l'adresse indiquée à la rubrique 1.
- 6 Indiquer l'Etat ou les Etats concerné(s).
- 7 Les trois indications s'excluent. Donner uniquement celle qui convient et mettre une croix dans la case correspondante.