

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

26/12/90

Origine :

DGR

MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

Réf. :

DGR n° 2579/90

Plan de classement :

50

Objet :

APPLICATION DE L'ENTENTE ENTRE LA FRANCE ET LE QUEBEC EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE DU 12.02.79 ET DE L'AVENANT DU 05.09.84.

Cette circulaire fait le point sur l'ensemble des dispositions de l'Entente signée entre la France et le Québec en matière de Sécurité Sociale.

Pièces jointes :

- 4

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

REGL. J.P. ADAM - C. LEVY

Téléphone :

42.79.32.85 - 42.79.35.85

**Direction de la
Gestion du Risque**

26/12/90

MMESet MM les Directeurs
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine : (pour attribution)
DGR

N/Réf. : DGR n° 2579/90

Objet : Application de l'Entente entre la France et le Québec en matière de Sécurité Sociale du 12.2.79 et de l'avenant du 5.9.84.

La présente circulaire a pour objet de vous communiquer les arrangements administratifs signés les 15.05.87 et 03.12.87 pour l'application de l'Entente Franco-Québécoise sur la Sécurité Sociale ainsi que la lettre ministérielle n° 8 du 4.10.90 relative à la mise en oeuvre des dispositions de l'avenant à l'Entente signée le 05.09.84.

Vous trouverez également une analyse et un tableau synoptique des principales dispositions de ces textes.

Je vous serais obligé de bien vouloir tenir informée la Division Réglementation de la CNAMTS de toutes difficultés rencontrées à l'occasion de l'application de l'Entente Franco-Québécoise.

Le Directeur Adjoint
de la Gestion du Risque

Sylvie LEPEU

P.J. : - analyse des principales dispositions - tableau synoptique.
- *Lettre ministérielle n° 8 du 4 octobre 1990*
- Arrangement administratif signé le 15/05/87
- Arrangement administratif complémentaire du 03/12/87

ANNEXE I

ENTENTE FRANCO-QUEBECOISE DU 12.02.79

I - TEXTES APPLICABLES

- Entente entre le Gouvernement de la République Française et le Gouvernement du Québec en matière de Sécurité Sociale signée le 12.02.79 (JO du 25.11.81 décret n° 81.1043 du 18.11.81).
- Avenant à l'Entente signée le 05.09.84 (JO du 31.05.90 - Décret n° 90.441 du 28.05.90).
- Arrangement administratif général (AAG) signé le 11.07.80.
- Arrangement administratif portant première modification de l'arrangement administratif général, signé le 15.05.87.
- Arrangement administratif complémentaire signé le 03.12.87 fixant les modèles des formulaires qui a abrogé et remplacé l'arrangement administratif complémentaire du 07.11.80.

II - DATES D'EFFET

- Entente préalable du 12.02.79 : le 01.11.81
- Avenant à l'Entente du 05.09.84 : le 01.08.89
- Arrangement administratif général du 11.07.80 : le 01.11.81
- Arrangement administratif général modifié le 15.05.87 : le 01.08.89
- Arrangement administratif complémentaire du 03.12.87 : le 01.08.89

III - CHAMP D'APPLICATION TERRITORIAL ET MATERIEL

31. - Territoire

- Québec : le Territoire du Québec.
- France : les départements européens, les départements d'Outre-Mer de la République Française et St-Pierre et Miquelon (Art. 1er § 2 AAG et lettre ministérielle n° 8 du 04.10.90).

32. - Législation concernées

1. En France :

- a) La législation fixant l'organisation de la Sécurité Sociale,
- b) la législation fixant le régime des assurances sociales applicables aux travailleurs salariés des professions non agricoles et la législation des assurances sociales applicables aux travailleurs salariés des professions agricoles (à l'exception des dispositions concernant l'assurance volontaire en faveur des nationaux français travaillant ou ayant travaillé hors du territoire français et des prestations non contributives),
- c) les législations sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles ; la législation relative à l'assurance contre les accidents de la vie privée, les accidents du travail et les maladies professionnelles des personnes non salariées des professions agricoles,
- d) la législation relative aux prestations familiales,
- e) les législations relatives aux régimes spéciaux de Sécurité Sociale en tant qu'ils concernent les risques et prestations couverts par les législations énumérées aux alinéas précédents et notamment le régime relatif à la Sécurité Sociale dans les mines,

- f) les législations sur le régime des gens de mer, dans les conditions fixées, le cas échéant, par l'arrangement administratif,
- g) la législation relative à l'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la législation relatif aux assurances maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles,
- h) les législations relatives à l'allocation de vieillesse et à l'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la législation relative à l'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles.

2. Au Québec :

- a) loi sur les services de santé et les services sociaux,
- b) loi sur l'assurance maladie,
- c) loi sur l'assurance hospitalisation,
- d) loi sur les accidents du travail,
- e) loi sur les allocations familiales,
- f) loi sur le régime des rentes du Québec,
- g) loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et carrières.

IV. - CHAMP D'APPLICATION PERSONNEL (ART. 1ER ENTENTE)

- a) Les personnes de nationalité française, ainsi que celles qui sont à leur charge et leurs survivants.
- b) Les personnes de nationalité canadienne résident au Québec ou qui, n'y résidant pas, y étaient encore affiliées.
- c) Les survivants de nationalité française ou de citoyenneté canadienne résidant au Québec ou qui, n'y résidant pas, y étaient encore affiliées, quelle que soit la nationalité de l'assuré décédé.
- d) Au regard de la législation française, les réfugiés et les apatrides ainsi que leurs ayants-droit.
- e) Au regard de la législation québécoise, les personnes qui sont ou ont été assujetties à la législation québécoise.

V - ASSUJETTISSEMENT (ART. 1ER ENTENTE)

51. - Principe

Législation du pays d'emploi.

52. - Dérogations (Art. 3 Entente)

- les travailleurs salariés détachés par leur employeur,
- les travailleurs salariés des entreprises publiques ou privées de transport,
- les travailleurs non salariés en mission temporaire sur le territoire de l'autre pays (art. 4 Entente).

VI - DETACHEMENT

61. - Période initiale - Durée 3 ans

62. - Personnes visées - Aucune condition de nationalité (art. 1er § D Entente)

63. - Maintien à la législation Française - travailleur + ayants droit

Attestation : formulaire SE 401 Q 01

64. - Droit aux prestations des assurances maladie - maternité - accident du travail/maladies professionnelles (art. 11 et 35 Entente)

641. - Prestations en nature servies systématiquement par l'Institution du lieu de séjour, ce qui permet de bénéficier au Québec des tarifs hospitaliers opposables aux assurés du régime québécois et non des tarifs "étranger" nettement plus élevés.

Toutefois, dans la mesure où l'assuré aurait été dans l'impossibilité de présenter son dossier avant son retour en France, la CPAM pourra lors du retour en France faire application des dispositions de l'article R. 332-2 - § 1er du Code de la S.S.

Concernant l'assurance accidents du travail/maladies professionnelles. La Caisse d'affiliation conserve l'appréciation de la matérialité de l'accident du travail.

Les prestations en nature sont réglées au titre de l'assurance maladie au vu du formulaire SE 401 Q 01.

A réception du formulaire SE 401 Q 16 demandé par la CPAM, les prestations seront réglées au titre de l'assurance accidents du travail/maladies professionnelles.

642. - Prestations en espèces servies par l'Institution d'affiliation. L'assuré adresse directement à sa caisse d'affiliation un avis d'arrêt de travail délivré par le médecin traitant, dans un délai de trois séjours.

65. - Prolongation - ou durée initiale supérieure à 3 ans.

- Accords des autorités compétentes.

651. - Formalités - l'Autorisation est demandée par l'employeur à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

652. - Attestation : formulaire SE 401 Q 02.

653. - Service des prestations - voir § 64.

66. - Dispositions particulières aux travailleurs non salariés (Art. 4 Entente et lettre minist. n° 8 du 04.10.90).

Le service des prestations en nature aux travailleurs non salariés et aux ayants droit qui les accompagnent qui bénéficient d'une dérogation exceptionnelle accordée en application de l'article 4 de l'Entente, est assuré par la CPAM du lieu de séjour provisoire sur présentation du **formulaire SE 401 Q 02**.

Personnes visées : Aucune condition de nationalité.

VII - PERSONNELS DES ENTREPRISES DE TRANSPORT (Art. 3 § 2 - Entente et Art. 8 AAG)

- Il s'agit des personnels salariés des entreprises publiques ou privées de transports internationaux non maritimes occupés comme personnel ambulant ou envoyés à titre temporaire (3 ans - article 3 § 1 a - Entente).
- Ils sont soumis au régime de sécurité Sociale en vigueur dans le pays où l'entreprise a son siège.
- Le droit aux prestations est reconnu dans les mêmes conditions que ci-dessus § VI.

VIII - PERSONNES EXCLUES DES DISPOSITIONS DE L'ENTENTE (Art. 6 AAG)

L'entente ne s'applique pas aux "employés d'Etat", à savoir :

Pour la France :

- a) les fonctionnaires civils et militaires et les personnels assimilés,
- b) les personnes visées à l'article 33 de la Convention de Vienne du 18.04.61 et 48 de la Convention de Vienne du 24.04.63.
- c) les personnels salariés autres que ceux visés aux alinéas a et b ci-dessus, au service d'une administration publique française et qui, affectés sur le Territoire du Québec, restent soumis au régime de la Sécurité Sociale Française.

Pour le Québec :

Une personne employée par le Gouvernement du Québec.

IX - ASSURANCE MALADIE-MATERNITE**91. - Totalisation des périodes d'assurance**

- Art. 5 et 16 Entente
- Art. 11 AAG
- Formulaire SE 401 Q 09

92. - Droits non ouverts dans le dernier pays d'emploi (art. 6 Entente)

Si l'assuré ne justifie pas de la durée d'assurance requise dans le nouveau pays d'emploi, il bénéficie des prestations à la charge de l'ancien pays d'emploi s'il a encore droit aux prestations ou pourrait y avoir droit s'il continuait à y résider.

93. - Séjour temporaire dans le pays d'origine (art. 7 - 9 et 13 Entente et art. 12 AAG)

Il s'agit donc de tous les séjours temporaires, y compris ceux des personnes en situation de maintien de droits, mais dans le pays d'origine.

931. - Personnes couvertes

- L'assuré et les ayants-droit (même si ces derniers ne sont pas accompagnés de l'assuré).

932. - Service de prestations en nature

- a) Le formulaire SE 401 Q 03 est délivré avant le départ pour une période de 3 mois si les droits sont ouverts. Le formulaire peut être demandé a posteriori.
- b) Dans la mesure où l'état de la personne concernée nécessite des soins médicaux immédiats, le premier acte médical doit se situer dans la période de 3 mois précitée.
- c) Si la personne demande à bénéficier de la prorogation du service des prestations au-delà de la durée de 3 mois déterminée à partir du début des soins, une nouvelle période de 3 mois peut être accordée (formulaire SE 401 Q 04).

Exemple : . formulaire SE 401 Q 03 valable du 01.10.90 au 31.12.90
 . 1er acte médical 15.11.90
 . Dans la mesure où le bénéfice des prestations est demandée, l'accord sera limité au 14.05.91.

- d) Dispositions particulières concernant la prorogation du droit

C'est l'Institution du lieu de séjour qui accorde ou refuse la prorogation demandé par l'assuré ou l'ayant droit.

La prorogation ne doit être accordée que si le déplacement (retour dans le pays de résidence habituelle) de la personne concernée est de nature à compromettre son état de santé ou l'application du traitement médical en cours.

La notification (formulaire SE 401 Q 04) est adressée simultanément à l'intéressé et à l'Institution d'affiliation.

Voies de recours

Si la CPAM refuse la prorogation du droit demandée par un assuré du régime québécois en séjour temporaire en France, il convient d'indiquer au cadre 6 du formulaire SE 401 Q 04, les voies et délais de recours prévus par la législation québécoise, à savoir :

"Ils seront communiqués dès que possible".

933. - Service des prestations en espèces

L'Institution d'affiliation reste seule compétente pour accorder le droit aux prestations en espèces.

- a) L'assuré adresse à sa caisse d'affiliation un certificat médical dans un délai de 3 jours.
- b) La caisse d'affiliation peut demander à la caisse du lieu de séjour de faire effectuer un examen médical, si nécessaire.

94. - Transfert de résidence en cours d'indemnisation (art. 8, 9 et 13 Entente et art. 13 AAG)

Ces dispositions sont applicables qu'il s'agisse d'un transfert de résidence à titre temporaire ou non dans l'autre pays, le pays d'origine ou non.

941. - Personnes couvertes

L'assuré et les ayants droit de nationalité française ou québécoise.

942. - Service des prestations en nature

- a) Le formulaire SE 401 Q 05 est délivré avant le départ mais il peut être délivré a posteriori si pour un motif grave l'attestation n'a pu être établie.

L'autorisation peut être donnée pour une période de 3 mois, renouvelable une fois, sauf prolongation exceptionnelle au-delà de 6 mois en cas de maladie présentant un caractère d'exceptionnelle gravité.

- b) Le formulaire SE 401 Q 06 est délivré en cas de prolongation

La personne concernée doit s'adresser à l'Institution du lieu de séjour.

Cette Institution transmet les pièces médicales justificatives à l'Institution d'affiliation.

L'Institution prend sa décision et la notifie ou demande un rapport médical à l'Institution du lieu de séjour si elle l'estime nécessaire.

943. - Service des prestations en espèces

L'Institution d'affiliation est seule compétente pour accorder le droit aux prestations en espèces.

95. - Personnes à charge résidant dans le pays autre que celui où le travailleur est occupé (Art. 10 Entente et art. 14 AAG).

- 951. -** La notion de personne à charge de l'assuré est définie par la législation du pays de résidence habituelle de ces personnes qui sert les prestations en nature de l'assurance maladie - maternité.

952. - Le formulaire SE 401 Q 07 est délivré pour une période de 12 mois et renouvelé à la demande soit de l'assuré, soit de l'Institution du pays de résidence des personnes à charge.

953. - Le travailleur ou les personnes à sa charge sont tenus d'informer les organismes de Sécurité Sociale de tout changement dans leur situation susceptible de modifier leurs droits.

96. - Soins aux pensionnés ainsi qu'aux personnes à leur charge (Art. 12 Entente et art. 16 AAG).

Le droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité est reconnu aux pensionnés titulaires d'une prestation de vieillesse, de survie, d'invalidité et d'une rente d'accident du travail du régime québécois qui résident en France, ainsi qu'aux personnes à leur charge.

961. - Le formulaire SE 401 Q 08 est adressé par la CPAM française à l'organisme québécois compétent. La Caisse Française certifie qu'il n'existe pas de droit aux prestations au regard de notre législation.

Après avoir vérifié la qualité de pensionné, l'Institution québécoise complète le formulaire SE 401 Q 08 et l'adresse à la CPAM qui inscrit le pensionné en vue du service des prestations en nature.

Le titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente accident du travail du régime québécois doit présenter chaque année à la caisse française un récépissé ou un talon de mandat correspondant au dernier arrérage versé.

Concernant le pensionné du régime français qui va résider au Québec, aucun formulaire de droit n'est délivré puisqu'il suffit d'être résident au Québec pour avoir droit à une couverture sociale.

Par contre, dans la mesure où il s'agit d'un séjour temporaire au Québec, les dispositions de l'article R. 332-2 § 1er du Code de la Sécurité Sociale sont applicables puisque cette situation n'est pas prévue par l'Entente.

X - INVALIDITE (Art. 16 et 17 Entente et art. 25 à 32 AAG)

101.- Législation applicable

La pension est liquidée conformément à la législation dont relevait l'assuré au moment où est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité compte tenu de la totalisation des périodes d'assurance ou assimilées si nécessaire.

Formulaire SE 401 Q 09.

102.- Présentation de la demande

Elle doit être adressée à l'Institution dont relevait l'intéressé au moment où est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité.

Mais toute demande de prestation est réputée avoir été reçue par l'Institution de chacune des deux parties à la date à laquelle elle a été reçue par l'une d'elles.

Formulaire SE 401 Q 12.

103.- Répartition de la charge

Le service de la pension est assuré par l'Institution compétente, mais la charge est répartie entre les Institutions de chaque pays au prorata des périodes d'assurance ou assimilées accomplies dans chaque pays. Le droit à pension n'est examiné que par un seul pays.

Le formulaire SE 401 Q 11, complété annuellement, permet d'obtenir le remboursement de la part d'arrérages incombant à l'autre pays.

Il est donc très important de reconstituer la carrière complète d'assurance en France et au Québec puisque le partage de la charge est systématique.

104.- Calcul du montant de la pension française

Il est effectué selon les dispositions de la législation française sur la seule base des salaires français.

105.- Notification de la décision

Les Institutions s'informent mutuellement de l'attribution des prestations d'invalidité.

Formulaire SE 401 Q 12.

106.- Droits non ouverts dans le dernier pays d'emploi

Si le travailleur ne remplit pas les conditions d'ouverture de droits dans le nouveau pays d'emploi, les droits sont examinés au regard de la législation de l'autre pays.

La pension qui est liquidée dans ces conditions reste à la charge complète de l'Institution compétente.

XI - DECES (art. 32 à 35 Entente et art. 38 AAG)

111.- Les périodes d'assurance sont totalisées si nécessaire pour l'ouverture du droit aux allocations de décès.

112.- Si le décès survient en France, la prestation de décès est liquidée par chaque partie contractante :

- le capital décès dû au titre du régime français est servi,
- la prestation décès due au titre du régime québécois peut être également servie si le droit est reconnu sans faire appel à la totalisation des périodes d'assurance.

113.- Le décès survenu dans le pays de séjour ou de résidence est censé être survenu dans le pays d'emploi ou celui où se trouve l'Institution débitrice de la pension pour ente, dans les cas visés aux articles 3 - 7 8 et 12 de l'Entente (l'article 35 sera modifié ultérieurement - il convient de lire article 12 et non article 14).

XII - ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

(Art. 18 à 26 Entente et art. 39 à 51 AAG)

Les dispositions relatives à l'assurance accidents du travail/maladies professionnelles sont applicables qu'il s'agisse d'un transfert de résidence à titre temporaire ou à titre permanent de l'assuré dans l'autre pays, son pays d'origine ou non.

121.- Transfert de résidence en cours d'indemnisation (Art. 19 Entente et 42 AAG).

a) Accord initial

- . Le service des prestations en nature de l'assurance AT/MP est assuré par l'Institution du lieu de la nouvelle résidence.
- . Les prestations en espèces sont servies directement par l'Institution d'affiliation.
- . La durée du service des prestations est fixée par l'Institution d'affiliation.
- . Le formulaire SE 401 Q 16- est établi avant le départ. Il peut être délivré a posteriori si pour un motif grave il n'a pu être établi avant le départ.

b) Prolongation

- . Une prolongation de l'accord initial peut intervenir si l'état de la victime le requiert. Dans ce cas, l'Institution du lieu de séjour fait parvenir à l'Institution d'affiliation l'ensemble du dossier accompagné d'un rapport médical.

- . L'institution d'affiliation soumet le dossier à son contrôle médical qui émet un avis.
- . Le formulaire SE 401 Q 17 est délivré pour notifier la décision.

c) Service des prestations de l'assurance maladie - maternité au cours d'un transfert de résidence AT/MP

- . Transfert définitif

Si la personne bénéficie d'une rente ou d'une pension, elle perçoit les prestations au titre de l'article 12 de l'Entente si le droit aux prestations n'est pas ouvert à un autre titre.

- . Transfert temporaire

Le service des prestations en nature est assuré par l'Institution du lieu de séjour si les dispositions de l'article 7 de l'Entente peuvent être appliquées (séjour temporaire dans le pays d'origine).

Par contre, s'il ne s'agit pas du pays d'origine de l'intéressé, les soins pourront être éventuellement pris en charge au retour en France au titre de l'article R. 332-2 § 1er du Code la Sécurité Sociale.

d) Rechute (article 20 Entente et 43 AAG).

- . Le bénéficiaire des prestations en nature et en espèces de l'assurance AT/MP est accordé aux travailleurs salariés victimes d'une rechute alors qu'il a transféré sa résidence dans l'autre pays.
- . Les prestations en nature sont servies par l'Institution du pays de la nouvelle résidence.
- . Les prestations en espèces sont payées par la Caisse d'affiliation.

Formulaire SE 401 Q 15 (accord initial et prolongation).

122.- Rentes AT/MP (Art. 24 à 26 Entente et art. 47 à 51 AAG)

Les accidents du travail ou les maladies professionnelles survenus ou constatés antérieurement sur le territoire de l'autre partie sont pris en considération pour apprécier le degré d'incapacité.

1221.- Dispositions particulières aux maladies professionnelles

12211.- Les droits sont examinés exclusivement au regard de la législation de la partie sur le territoire de laquelle l'emploi susceptible de provoquer la maladie a été exercé en dernier lieu et sous réserve que les conditions prévues par cette législation soient remplies.

12212.- Il peut être fait appel à des périodes d'emploi ou de résidence accomplies sous l'autre législation si nécessaire.

Pour la totalisation, seules sont considérées les périodes durant lesquelles la victime **a exercé une activité susceptible de provoquer la maladie.**

Formulaire SE 401Q 18.

12213.- La maladie professionnelle peut être reconnue si elle a été constatée pour la première fois sur le territoire de l'autre partie.

12214.- Le service des prestations de maladie professionnelle (la rente) est assuré par l'Institution du dernier pays d'emploi susceptible de provoquer ladite maladie.

12215.- En cas de refus l'Institution avise le travailleur et lui indique les voies de recours habituelles et transmet le dossier à l'Institution de l'autre pays (art. 49 AAG).

12216.- Répartition des charges

Dans la mesure où il fait appel aux périodes d'emploi exercées dans l'autre pays susceptibles de provoquer la maladie considérée pour examiner le droit aux prestations de maladie professionnelle (art. 26 § 2 Entente), la charge est supportée par les Institutions des deux parties **au prorata de la durée des périodes d'emploi susceptible de provoquer ladite maladie** par rapport à l'ensemble des périodes d'emploi durant lesquelles la victime **a exercé une activité similaire dans les deux pays.**

Formulaire SE 401 Q 19.

12217.- Aggravation de la maladie professionnelle (Art. 25 Entente et 51 AAG)

- L'assuré n'a pas exercé d'emploi susceptible d'aggraver ladite maladie :

L'Institution du premier pays prend en charge l'aggravation.

- L'assuré a exercé un emploi susceptible d'aggraver ladite maladie :

. l'Institution du premier pays conserve la charge de la prestation due avant l'aggravation,

. l'Institution du dernier pays prend en charge le supplément de prestations. Mais le montant est déterminé selon la législation du dernier pays d'emploi comme si la maladie s'était produite sur son propre territoire.

Il est égal à la différence entre le montant de la prestation due après l'aggravation et le montant de la prestation qui aurait due avant l'aggravation.

. Décret 81.1043 du 18.11.81 - JO 25.11.81 ENTENTE FRANCE -
 QUEBEC - signée le 12.02.79 - Effet d
 . Décret 90.441 du 28.05.90 - JO 31.05.90 AVENANT A L'ENTENTE - signé le

SITUATIONS ENVISAGEES	BENEFICIAIRES	RISQUE	FORMULAIRES	VALIDITE	TEXTES	
DETACHES	ASSURE + AYANTS DROIT	MALADIE MATER AT/MP	401 Q 01 401 Q 02	3 ans y compris la durée des congés ----- Détachement initial > à 3 ans pour prolongation de détachement par Dir. Rég.	Art. 3 § 1a - 3 § 2 et 11 de l'ENT. Art. 5 § 1 - 8 § 1-2 15 et 45 de l'AA ----- Art. 3 § 1b - 4 et 11 de l'ENT. Art. 5 § 2 - 15 et 45 de l'AA	Il n'y a pas de con Pas d'option pour . PN servies par PE Institution c Les PN sont servi salarié ou de trav
TRANSFERT D'EMPLOI (TOTALISATION)	ASSURE + AYANTS-DROIT	MALADIE MATER ----- INVALIDITE	401 Q 09	-----	Art. 5 de l'ENT. Art. 11 et l'AA ----- Art. 16 de l'ENT. Art. 26 de l'AA	Les formulaires 4 différents au Qué mater ou de totali
SEJOUR TEMPORAIRE DANS LE PAYS D'ORIGINE	ASSURE + AYANTS-DROIT	MALADIE + MATER	Accord initial 401 Q 03 Prolongation 401 Q 04	3 mois + 3 mois et FIN	Art. 7 - 9 et 13 de l'ENT. Art. 12 de l'AA	. C'est à l'Institut d'accorder ou . L'ayant droit pe ne l'accompagn . Tous les séjour même les perso peuvent bénéfici 4.10.90 I 2b).

TRANSFERT DE RESIDENCE DANS L'AUTRE PAYS	ASSURE + AYANTS-DROIT	MALADIE MATER	Accord initial 401 Q 05 Prolongation 401 Q 06	3 mois + 3 mois et au-delà si maladie except. gravité	Art. 8 - 9 et 13 de l'ENT. Art. 13 de l'AA	Il n'y a pas de no Le bénéfice des p droit qui a transfé
APRES REALISATION DU RISQUE	ASSURE	AT/MP ————— RECHUTE AT/MP	Accord initial 401 Q 16 Prolongation 401 Q 17 ————— 401 Q 15	Durée fixée par Caisse d'affiliation. Eventuellement jusqu'à guérison ou consolidation	Art. 19 et 22 de l'ENT. Art. 42 de l'AA ————— Art. 20 et 22 de l'ENT Art. 43 de l'AA	Il n'y a pas de no Outre les prestati s'agit d'un transfe nature des assuranc si les conditions c remplies (séjour t
DROIT DES FAMILLES	AYANTS-DROIT	MALADIE MATER	401 Q 07	1 mois	Ar. 10 de l'ENT. Art. 14 de l'AA	Il n'y a pas de no La notion d'ayant résidence des inte la personne assur
PENSIONNES VIEILLESSE SURVIE INVALIDITE RENTE AT	ASSURE + AYANTS-DROIT	MALADIE MATER	401 Q 08	12 mois	Art. 12 et 13 de l'ENT. Art. 16 de l'AA	Il convient de vér être versé au moy correspondant au
DECES	AYANTS-DROIT	—————	401 Q 09	—————	Art. 32 à 35 de l'ENT.	Dans les cas visés est censé être sur se trouve l'Institu Si ouverture des c prestation décès e versée qu'au pror

**ARRANGEMENT ADMINISTRATIF PORTANT PREMIERE
MODIFICATION DE L'ARRANGEMENT ADMINISTRATIF
GENERAL RELATIF AUX MODALITES D'APPLICATION DE
L'ENTENTE SIGNEE LE 12 FEVRIER 1979**

ENTRE

LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE

ET

LE GOUVERNEMENT DU QUEBEC

EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE

Conformément à l'article 39 de l'Entente signée le 12 février 1979 entre le Gouvernement de la République Française et le Gouvernement du Québec en matière de Sécurité Sociale ci-après appelée "Entente", les autorités compétentes représentées par :

- **Du côté québécois :**

M. Aubert Ouellet

Président du Comité de négociation des Ententes de Sécurité Sociale

- **Du côté français :**

M. Michel Touverey, Chef de la Division des Conventions internationales à la Direction de la Sécurité Sociale, Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi,

M. Alain Meurinne, Directeur du travail chargé des questions internationales à la direction des exploitations de la politique sociale et de l'emploi

Sont convenues des dispositions suivantes :

Article 1er

L'article 1er de l'Arrangement Administratif Général est modifié en ajoutant au paragraphe 1 la définition suivante :

"(g) "rente d'accident du travail" : l'indemnité de remplacement de revenu versée en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du Québec."

Cet article est également modifié en remplaçant le paragraphe 2 par le suivant :

"2. Pour ce qui concerne la France :

France : le départements européens, les départements d'Outre-Mer de la République Française et Saint Pierre et Miquelon".

Article 2

L'article 2 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 2

Pour l'application de l'article 1-D.2 de l'Entente, l'organisme de liaison français communique à l'organisme de liaison du Québec la liste des accords de Sécurité Sociale passés par la France avec des Etats tiers.

Cette liste sera complétée au fur et à mesure de la signature de nouveaux accords".

Article 3

L'article 3 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 3

La liste des régimes spéciaux visés à l'article 2, paragraphe premier A e) de l'Entente, est communiquée par l'organisme de liaison français à l'organisme de liaison québécois".

Article 4

L'article 5 de l'Arrangement Administratif Général est modifié en remplaçant le point B du deuxième paragraphe par ce qui suit :

"B- en ce qui concerne la législation française,

au Préfet, Commissaire de la République de région, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, pour les assurés du régime général et les assurés des régimes autres que le régime minier, agricole et gens de mer.

au Directeur de la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines pour les assurés du régime minier,

au Directeur du Travail, chef du service de la Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt, chargé de la mise en oeuvre de la politique sociale agricole, pour les assurés du régime agricole,

au Directeur de l'Etablissement National des Invalides de la Marine pour les assurés du régime des gens de mer".

Article 5

L'article 6 de l'Arrangement Administratif Général est modifié en remplaçant le point b du paragraphe premier par ce qui suit :

"b) les personnes visées à l'article 33 de la convention de Vienne sur les relations diplomatiques du 18 avril 1961 et à l'article 48 de la convention de Vienne sur les relations consulaires du 24 avril 1963".

Article 6

L'article 9 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 9

Aux fins des articles 5, 6 et 10 de l'Entente, la notion de "personnes à charge" est définie par la législation du pays de résidence de ces personnes.

Aux fins des articles 9 et 11 de l'Entente, la notion de "personnes à charge" est définie par la législation que l'institution qui a la charge des prestations est chargée d'appliquer."

Article 7

L'article 10 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 10

Les dispositions du présent chapitre s'appliquent, en les adaptant, aux services d'hospitalisation prévus par la Loi sur l'assurance hospitalisation ainsi qu'aux services de santé offerts en vertu de la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux en vigueur au Québec".

Article 8

L'article 11 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 11

Aux fins de l'article 5 de l'Entente :

A) Pour le Québec :

L'assuré français et les personnes à sa charge commencent dès le premier jour de leur arrivée au Québec une période d'assurance s'ils sont des résidents du Québec au sens de la Loi sur l'assurance maladie. Ces personnes doivent, pour bénéficier du régime d'assurance maladie, s'inscrire à la Régie de l'Assurance Maladie du Québec en utilisant le formulaire d'inscription prescrit par règlement".

B) Pour la France :

En vue de la totalisation des périodes d'affiliation au régime québécois de Sécurité Sociale avec celle d'un régime français, la Caisse Française auprès de laquelle l'assuré est affilié demande à l'institution québécoise une attestation mentionnant la durée d'assurance de l'intéressé auprès de cette dernière".

Article 9

L'article 12 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 12

Aux fins de l'article 13 de l'Entente dans les cas prévus en ses articles 7 et 9 :

A. Prestations en nature :

1. Pour bénéficier des prestations en nature maladie et maternité, y compris le cas échéant l'hospitalisation, lors d'un séjour temporaire effectué dans le pays d'origine de l'assuré, celui-ci ou la personne à sa charge dont l'état vient à nécessiter des soins médicaux immédiats, présente à l'institution du lieu de séjour un formulaire délivré, si possible avant le début du séjour temporaire, par l'institution d'affiliation et attestant de leur droit aux prestations en vertu de l'article 7 de l'Entente.

L'attestation délimite la période à l'intérieur de laquelle doit se situer l'acte médical ouvrant droit aux prestations maladie-maternité et indique la durée pendant laquelle peut être effectué le service des prestations dans la limite de trois mois prévue par l'article 7 de l'Entente.

2. Si la personne n'est pas en mesure de présenter l'attestation, l'institution du lieu de séjour s'adresse à l'institution d'affiliation pour l'obtenir.
3. Lorsque la personne demande à bénéficier de la prorogation du service des prestations au-delà de la durée primitivement prévue, et dans la limite du nouveau délai de trois mois fixé par ledit article, elle adresse sa requête, accompagnée des pièces médicales justificatives, à l'institution du lieu de séjour.
4. Dès réception de la demande, ladite institution fait procéder, si nécessaire, par son contrôle médical, à l'examen de cette personne et accorde, au nom de l'institution d'affiliation, la prorogation si le déplacement de l'assuré est de nature à compromettre son état ou l'application du traitement médical en cours.

La décision est notifiée à l'intéressé, soit par remise en main propre contre récépissé, soit par pli recommandé.

Une copie de la notification faite à l'intéressé est adressée simultanément à l'institution d'affiliation.

La notification à l'intéressé est réputée valoir décision prise pour le compte de l'institution d'affiliation et comporte l'indication des voies et délais de recours prévus par la législation appliquée par l'institution d'affiliation. Le recours est envoyé à l'institution du lieu de séjour que le transmet, sans délai, à l'institution d'affiliation.

B. Prestations en espèces :

Pour bénéficier des prestations en espèces de l'assurance maladie-maternité, l'assuré doit adresser dans un délai de 3 jours, sauf cas de force majeure, après le début de l'incapacité de travail, à l'institution compétente un avis d'arrêt de travail ou un certificat d'incapacité de travail délivré par le médecin traitant.

L'institution compétente peut demander à l'institution du lieu de séjour de faire effectuer un examen médical de l'intéressé si elle l'estime nécessaire".

Article 10

L'article 13 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 13

Aux fins des articles 8 et 9 de l'Entente :

1. Pour conserver le bénéfice des prestations des assurances maladie et maternité dans les conditions de l'article 8, l'assuré ou la personne à charge visée à l'article 9 de l'Entente est tenu de présenter à l'institution du lieu de sa résidence temporaire une attestation par laquelle l'institution d'affiliation reconnaît son droit à transférer temporairement sa résidence sur le territoire de l'autre Partie et à y bénéficier des prestations.
2. Lorsque, pour un motif grave, l'attestation n'a pu être établie antérieurement au transfert de la résidence, l'institution d'affiliation peut, soit de sa propre initiative, soit à la requête de l'assuré ou de l'institution du lieu de sa nouvelle résidence, délivrer l'attestation postérieurement au transfert de résidence.

3. Lorsque l'assuré ou une personne à sa charge, visé aux articles 8 et 9 de l'Entente, demande à bénéficier d'une prorogation du service des prestations en nature ou en espèces au-delà de la durée primitivement prévue, il adresse sa requête accompagnée des pièces médicales justificatives à l'institution du lieu de séjour qui transmet ces pièces sans retard à l'institution d'affiliation. Celle-ci fait connaître sa décision à l'institution du lieu de séjour, et à l'intéressé, au moyen du formulaire prévu à cet effet.
4. L'institution compétente peut demander à l'institution du lieu de séjour de procéder à l'examen médical de l'intéressé".

Article 11

L'article 14 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 14

Aux fins de l'article 10 de l'Entente :

1. Pour bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité dans le pays de leur résidence, les personnes à la charge de l'assuré visées à l'article 10 de l'Entente sont tenues de se faire inscrire, le cas échéant, auprès de l'institution du lieu de leur résidence en présentant une attestation délivrée par l'institution du lieu de travail à la demande, soit de l'assuré lui-même, soit de l'institution du lieu de résidence des personnes à charge visées.
2. Lorsque des prestations en nature sont demandées, les intéressés présentent les pièces justificatives exigées par la législation du pays de résidence pour l'octroi desdites prestations.
3. Dans le cas où l'institution du lieu de résidence est une institution française, la durée de validité de l'attestation, visée au paragraphe premier ci-dessus, présentée à ladite institution est égale à 12 mois. Le point de départ de cette période se situe à la date à partir de laquelle le droit de l'assuré aux prestations en nature est ouvert.

Avant l'expiration de la période de validité, l'institution française du lieu de résidence des personnes à la charge de l'assuré demande soit à l'assuré lui-même, soit à l'organisme de liaison du Québec de fournir une nouvelle attestation d'affiliation.

L'assuré ou les personnes à sa charge sont tenus d'informer l'institution du lieu de résidence de ces derniers de tout changement dans leur situation susceptible de modifier leur droit aux prestations en nature, notamment tout abandon ou changement d'activité de l'assuré ou tout transfert de résidence de celui-ci ou des personnes à sa charge."

Article 12

L'article 15 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 15

Aux fins de l'article 11 de l'Entente :

1. Pour bénéficier, pour eux-mêmes et les personnes à charge qui les accompagnent, du service des prestations en nature des assurances maladie et maternité pendant toute la durée de leur séjour dans le pays où ils sont occupés, les travailleurs visés à l'article 3 de l'Entente doivent s'adresser à l'institution du pays de séjour.
2. Au Québec, aux fins de son inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec, et de celle des personnes à sa charge, le travailleur présente le certificat de détachement prévu à cet effet et délivré par l'institution française à laquelle il demeure affilié et remplit, ainsi que les personnes à sa charge, les formulaires d'inscription prescrits par règlement. Ils sont alors présumés remplir les conditions d'ouverture du droit aux prestations en nature.

En France, le travailleur présente, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de son lieu de résidence, le certificat de détachement délivré par l'organisme de liaison au Québec. Il est alors présumé remplir pour lui-même et les personnes à sa charge qui l'accompagnent les conditions d'ouverture du droit aux prestations en nature.

Le certificat de détachement est accompagné, lorsque requis, du document exigé par la législation du lieu de séjour en matière d'immigration.

3. L'institution du lieu de séjour n'est tenue au versement des prestations que dans la mesure où les intéressés se sont adressés à elle avant la fin de leur séjour dans le pays où ils sont occupés.
4. Pour obtenir le bénéfice des prestations en espèces, les dispositions prévues à l'article 12 B du présent arrangement sont applicables".

Article 13

L'article 16 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 16

Aux fins de l'article 12 de l'Entente :

1. Pour avoir droit et ouvrir droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité, le pensionné ou rentier visé à l'article 12 de l'Entente sollicite auprès de l'institution de son lieu de résidence en France l'établissement du formulaire intitulé "demande d'attestation du droit aux soins de santé".
2. L'institution française certifie, après vérification, que l'intéressé n'est pas susceptible de bénéficier des soins de santé au titre de sa propre législation, notamment par suite de l'exercice d'une activité professionnelle ; elle adresse ensuite la demande d'attestation à l'institution québécoise débitrice de la pension ou de la rente.
3. Dès qu'elle est en possession de ce document, l'institution québécoise, après avoir vérifié la qualité de pensionné ou de rentier de l'intéressé au regard de sa propre législation, établit en triple exemplaire une attestation du droit aux soins de santé ou une notification de rejet ; elle en adresse sans délai deux exemplaires à l'institution française, à charge pour cette dernière d'en faire parvenir un exemplaire au titulaire de la pension ou de la rente et en conserve le troisième exemplaire par-devers elle.
4. Lorsque le droit est reconnu, l'institution française procède alors à l'inscription de l'intéressé en vue de l'obtention des prestations en nature pour lui-même et pour ses ayants-droit.
5. Lorsque lesdites prestations sont demandées, les pensionnés ou rentiers ou leurs ayants-droit présentent à l'institution auprès de laquelle ils ont été inscrits les pièces justificatives exigées par la législation française pour l'octroi desdites prestations.
6. Le titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail du régime québécois doit présenter chaque année à l'institution française la preuve qu'il continue à percevoir cette pension ou rente au moyen du récépissé ou du talon du mandat correspondant au dernier arrérage versé."

Article 14

L'article 17 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 17

Aux fins de l'article 14 de l'Entente :

Les prestations visées à l'article 14 de l'Entente sont servies dans les conditions et selon les formes prescrites par la législation de l'institution qui en assure le service, tant à l'assuré qu'aux personnes à sa charge".

Article 15

L'article 18 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 18

1. Les prestations en nature servies en application des articles 7, 8, 9 et 11 de l'Entente sont remboursées sur la base des dépenses réelles exposées par l'institution du lieu de séjour telles qu'elles résultent des relevés individuels qu'elle présente. En ce qui concerne les dépenses d'hospitalisation, le remboursement s'effectue sur la base des prix de journée.
2. Lorsque le pays de séjour est la France, l'organisme de liaison centralise semestriellement lesdits relevés individuels de dépenses. Cet organisme, et, en ce qui concerne le Québec, la Régie de l'assurance maladie, s'adressent semestriellement, accompagnés d'un bordereau récapitulatif, les relevés en cours.
3. Chacune de ces institutions paie les sommes dues à l'autre dans le semestre suivant la dite de réception des relevés individuels de dépenses et du bordereau récapitulatif.

Article 16

L'article 44 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 44

Les remboursements des prestations en nature, prévus à l'article 22 de l'Entente, sont effectués selon les modalités fixées à l'article 18 du présent arrangement administratif.

Toutefois, en ce qui concerne le Québec, l'institution compétente concernée est la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail".

Article 17

L'article 46 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 46

Pour l'application de l'article 23 de l'Entente, les dispositions de l'article 17 du présent Arrangement Administratif sont applicables."

Article 18

L'article 52 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 52

1. Les prestations visées à l'article 36 de l'Entente sont payables aux personnes à charge des assurés français dès leur arrivée au Québec pour autant qu'ils en fassent la demande conformément aux dispositions des législations en vigueur au Québec.
2. Les assurés québécois en France bénéficient pour leurs enfants résidant en France des prestations familiales de la législation française dans les conditions de ladite législation dès lors qu'ils sont titulaires d'un titre de séjour régulier.

Ils s'adressent à cette fin à la caisse d'allocations familiales de leur résidence.

3. Les prestations sont payées directement par l'institution débitrice dans la monnaie de la Partie qui effectue le paiement conformément aux dispositions de la législation de chacune des Parties".

Article 19

L'article 53 de l'Arrangement Administratif Général est remplacé par le suivant :

"Article 53

1. Au sens de l'article 37 de l'Entente, le terme "Prestations familiales" comporte :

A. Pour le Québec :

- les allocations familiales du Québec incluant l'augmentation pour enfants handicapés.

B. Pour la France :

- l'allocation pour jeune enfant durant la période pendant laquelle cette allocation est versée sans condition de ressources,
- les allocations familiales.

Article 20

Le présent Arrangement entre en vigueur à la même date que l'Avenant à l'Entente, signé le 5 septembre 1984.

Fait à Québec, le 15 mai 1987, en double exemplaire.

Pour la Partie Française

Pour la Partie Québécoise

**ARRANGEMENT ADMINISTRATIF COMPLEMENTAIRE
FIXANT LES MODELES DE FORMULAIRES PREVUS PAR
L'ARRANGEMENT ADMINISTRATIF GENERAL DU
11 JUILLET 1980 ET L'ARRANGEMENT ADMINISTRATIF
DU 15 MAI 1987 PORTANT PREMIERE MODIFICATION
DE L'ARRANGEMENT ADMINISTRATIF GENERAL
RELATIF A L'APPLICATION DE L'ENTENTE SUR
LA SECURITE SOCIALE SIGNEE
LE 12 FEVRIER 1979**

ENTRE

LE GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE

ET

LE GOUVERNEMENT DU QUEBEC

Pour l'application de l'Entente signée le 12 juin 1979 entre le Gouvernement de la République Française et le Gouvernement du Québec, de l'Arrangement Administratif général du 11 juillet 1980, et de l'Arrangement administratif portant première modification du 15 mai 1987, les autorités administratives compétentes représentées par :

- **Du côté Français :**

Monsieur Michel TOUVEREY
Chef de la Division des Conventions internationales à la
Direction de la Sécurité Sociale,
Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi,

Monsieur Alain MEURINNE
Directeur du Travail chargé des questions internationales
à la Direction des exploitations de la politique sociale et de l'emploi
Ministère de l'Agriculture

- **Du côté Québécois :**

Monsieur Aubert OUELLET

Président du Comité de négociation des Ententes de Sécurité Sociale,
Ministère des Relations Internationales

ont arrêté d'un commun accord les modèles de formulaires nécessaires à la mise en oeuvre des procédures et formalités prévues par les instruments ci-dessus visés.

Article 1er

Le présent Arrangement Administratif complémentaire abroge l'Arrangement Administratif complémentaire du 7 novembre 1980 fixant les modèles de formulaires prévus pour l'application de l'Entente sur la Sécurité Sociale signée le 12 février 1979 entre le Gouvernement du Québec et le Gouvernement de la République Française et de l'Arrangement Administratif général du 11 juillet 1980.

Article 2

Les formulaires prévus pour l'application des dispositions de l'Arrangement Administratif général du 11 juillet 1980 et de l'Arrangement Administratif portant première modification du 15 mai 1987, doivent être conformes aux modèles figurant en annexe au présent Arrangement.

Article 3

L'impression des formulaires est assurée à la diligence de chacune des Parties contractantes.

Article 4

Le présent Arrangement Administratif complémentaire entre en vigueur à la même date que l'avenant à l'Entente entre le Gouvernement de la République Française et le Gouvernement du Québec en matière de Sécurité Sociale du 12 février 1979.

Fait à Québec le 3 décembre 1987 en double exemplaire.

Pour la Partie Française

Pour la Partie Québécoise

CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT DE LA PERSONNE SALARIEE DETACHEE

*Art. 3 par. 1a, 3 par. 2 et 11 de l'Entente
Art. 5 par. 1, 8 par. 1 et 2, 15 et 45 de l'Arrangement Administratif*

1 - PERSONNE ASSUREE

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté : Sexe : M F

Adresse dans le pays d'affiliation :

.....

Adresse dans le pays d'emploi :

.....

N° d'immatriculation en France :

N° d'assurance maladie au Canada :

N° d'assurance maladie au Québec :

2 - PERSONNE(S) A CHARGE QUI ACCOMPAGNE(NT) LA PERSONNE ASSUREE

Nom	Prénoms	Sexe	Date de naissance	Lien de parenté	N° d'assurance maladie au Québec
.....
.....
.....

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

INSTRUCTIONS

*dans le cas où le certificat d'assujettissement
est émis par l'institution québécoise*

1. - FORMULAIRE

L'employeur qui détache la personne assurée doit compléter les sections 1 à 3 du formulaire et le retourner au Secrétariat de l'Administration des ententes de Sécurité Sociale (SAESS).

Le SAESS remet l'original à la personne assurée, un exemplaire certifié à l'employeur et en garde un exemplaire.

2. - PROTECTION MALADIE-HOSPITALISATION (1)

Pour bénéficier de la protection du régime français, la personne assurée doit présenter ce certificat d'assujettissement ainsi que tout autre document exigible en vertu de l'Entente à :

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE
(CPAM)
du lieu de résidence

3. - ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES (1)

La personne assurée demeure soumise à la Loi québécoise sur les accidents du travail et les maladies professionnelles pour la période où elle effectuera un travail sur le territoire français. La personne peut cependant s'adresser à une institution française si elle est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sur le territoire de la France. L'institution française est la suivante:

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE
(CPAM)
du lieu de résidence

4. - PRESTATIONS FAMILIALES

Les enfants de la personne assurée, qui l'accompagnent en France, peuvent ouvrir droit aux allocations familiales du Québec s'ils satisfont aux conditions prévues dans la loi. Les allocations seront versées directement par la Régie des Rentes du Québec.

(1) L'institution française n'est tenue au versement des prestations que dans la mesure où l'intéressé(e) se sera adressé(e) à elle avant la fin de son séjour en France.

INSTRUCTIONS

*dans le cas où le certificat d'assujettissement
est émis par l'institution française*

- L'institution ou l'organisme compétent remplit le formulaire à la demande de l'employeur, en remet un exemplaire au travailleur et en garde un par-devers elle. L'institution française qui émet le certificat d'assujettissement en transmet un exemplaire à l'organisme de liaison québécois.

o
o o

- Indications pour le travailleur maintenu au régime français conformément à l'article 3 par. 1 ou 2 de l'Entente.

A. Pour obtenir le bénéfice des prestations en nature, le travailleur doit s'adresser à l'institution compétente québécoise.

1. Maladie-Maternité pour lui-même et les personnes à charge qui l'accompagnent : il s'adressera à la Régie d'Assurance Maladie du Québec dont il complétera le formulaire d'inscription et à laquelle il présentera le formulaire SE 401 Q 01 et, lorsque requis, le document exigé par la législation québécoise en matière d'immigration.
2. Accidents du travail et maladies professionnelles : il s'adressera à la Commission de la Santé et de la Sécurité Sociale (CSST) en présentant le formulaire SE 401 Q 01.

L'institution québécoise n'est tenue au versement des prestations que dans la mesure où l'intéressé se sera adressé à elle avant la fin de son séjour au Québec.

Les prestations en espèces seront payées directement au travailleur par l'institution à laquelle il reste affilié.

B. Prestations familiales

Les enfants du travailleurs (visés à l'article 3 par. 1a ou 2 de l'Entente) qui l'accompagnent au Québec ouvrent droit aux prestations familiales françaises suivantes :

- L'allocation pour jeune enfant durant la période pendant laquelle cette allocation est versée sans conditions de ressources.
- Les allocations familiales proprement dites.

Le service de ces prestations sera assuré directement par la Caisse d'Allocations Familiales Française. Le travailleur devra communiquer directement à celle-ci tout changement dans sa situation ou celle des membres de sa famille.

CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT
soumis à l'accord préalable des autorités administratives compétentes

Art. 3 par. 1b, 4 et 11 de l'Entente
Art. 5 par. 2, 15 et 45 de l'Arrangement Administratif

- Détachement initial supérieur à 3 ans
 Prolongation de détachement
 Dérogation exceptionnelle
- Salarié(e)
 Non salarié(e)

PARTIE A**1 - PERSONNE ASSUREE**

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté : Sexe : M F

Adresse dans le pays d'affiliation :

.....

Adresse dans le pays d'emploi :

.....

N° d'immatriculation en France :

N° d'assurance maladie au Canada :

N° d'assurance maladie au Québec :

2 - PERSONNE(S) A CHARGE

Nom	Prénoms	Sexe	Date de naissance	Lien de parenté	N° d'assurance maladie au Québec
.....
.....
.....

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

3 - EMPLOYEUR (1) (2)

Nom ou raison sociale :

Adresse :

.....

L'employeur désigné ci-dessus demande que la personne assurée visée au cadre 1 soit assujettie

à la législation Française

à la législation québécoise

à compter du

pour la période du

au

durant sa période d'activité dans l'établissement ci-après :

Nom ou raison sociale :

Adresse :

.....

pour le motif suivant :

.....

.....

(A remplir le cas échéant)

Elle a bénéficié d'un certificat d'assujettissement concernant la législation applicable SE 401-Q01 délivré par l'institution ci-après :

Dénomination :

Adresse :

Le et venant à expiration le

(1) A compléter si la personne assurée est salariée ; s'il s'agit d'une personne non salariée, seul le cadre 4 devra être complété.

(2) Au Québec cette rubrique devra être impérativement complétée par l'employeur.

(travail autonome)

4.1

Nom ou raison sociale :

Nature de l'activité :

Adresse :

.....

4.2 - La personne assurée non salariée demande à être maintenue :

à la législation Française

à la législation québécoise

à compter du

pour la période du

au

5. - L'organisme du pays d'affiliation désigné conformément à l'article 5 par. 2 de l'Arrangement Administratif

Dénomination :

Adresse :

demande le maintien de l'assujettissement à la législation

française québécoise

de la personne assurée désignée au cadre 1.

du au

à compter du pour la durée de l'emploi.

Date :

Cachet

Signature

PARTIE B

6. - L'organisme du pays du lieu de travail désigné conformément à l'article 5 par. 2 de l'Arrangement administratif

Dénomination :

Adresse :

communiqué la décision suivante :

acceptation refus

du maintien de la personne assurée désignée au cadre 1, à la législation

française québécoise

pendant la période du au

à compter du pour la durée de l'emploi.

Date :

Cachet

Signature

INSTRUCTIONS

*dans le cas où le certificat d'assujettissement
est émis par l'institution québécoise*

1. - FORMULAIRE

A) Employeur de la personne salariée

L'employeur doit remplir les sections 1 à 3 de la partie A du formulaire.

B) Autonome

Le travailleur autonome doit compléter les sections 1, 2 et 4 de la partie A.

Le formulaire doit être retourné au Secrétariat de l'Administration des Ententes de Sécurité Sociale (SAESS).

2. - INDICATIONS POUR LES AUTORITES ADMINISTRATIVES

L'original du formulaire est transmis par le SAESS à l'autorité administrative compétente française qui complète la partie B et le lui retourne.

3. - PROTECTION MALADIE-HOSPITALISATION (1)

Pour bénéficier de la protection du régime français, la personne assurée doit présenter le présent certificat d'assujettissement ainsi que tout autre document exigible en vertu de l'Entente à :

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE
(CPAM)
du lieu de résidence

4. - ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES (1)

La personne assurée demeure soumise à la Loi québécoise sur les accidents du travail et les maladies professionnelles pour la période où elle effectuera un travail sur le territoire français. La personne peut cependant s'adresser à une institution française si elle est victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sur le territoire de la France. L'institution française est la suivante:

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE
(CPAM)
du lieu de résidence

(1) L'institution française n'est tenue au versement des prestations que dans la mesure où l'intéressé(e) se sera adressé(e) à elle avant la fin de son séjour en France.

5. - PRESTATIONS FAMILIALES

Les enfants de la personne assurée, qui l'accompagnent en France, peuvent ouvrir droit aux allocations familiales du Québec s'ils satisfont aux conditions prévues dans la loi. Les allocations seront versées directement par la Régie des Rentes du Québec.

INSTRUCTIONS

*dans le cas où le certificat d'assujettissement
est émis par l'institution française*

A.- LORSQUE LE FORMULAIRE EST UTILISE POUR UN SALARIE

1) Indications pour l'employeur

L'employeur doit remplir la partie A, 1, 2 et 3 du formulaire en 4 exemplaires qu'il enverra à l'autorité compétente française.

Le Préfet, Commissaire de la République de Région - DRASS pour les assurés du régime général et les assurés des régimes autres que les régimes minier, agricole et des gens de mer.

Le Directeur, chef du service de la Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt, chargé de la mise en oeuvre de la politique sociale agricole pour les assurés du régime agricole.

Le Directeur de la Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les Mines pour les assurés du régime minier.

Le Directeur de l'Etablissement National des Invalides de la Marine pour les assurés du régime des gens de mer.

2) Indications pour les autorités administratives compétentes

L'autorité administrative compétente, après avoir complété la partie A, transmet les 4 exemplaires du formulaire à l'autorité administrative compétente québécoise : le Secrétariat de l'Administration des Ententes de Sécurité Sociale - 355 Rue Mc Gill - MONTREAL - Québec Canada H 2 Y 2 E 8. Cette dernière après avoir rempli la partie B en retourne 3 exemplaires à l'autorité administrative du pays d'affiliation qui en enverra un exemplaire à l'employeur, un exemplaire au travailleur et un exemplaire à l'institution d'affiliation.

3) Indications pour le travailleur

A. Pour obtenir le bénéfice des prestations en nature, le travailleur doit s'adresser à l'institution compétente québécoise.

1. Maladie-Maternité pour lui-même et les personnes à charge qui l'accompagnent : il s'adressera à la Régie d'Assurance Maladie du Québec dont il complétera le formulaire d'inscription et à laquelle il présentera le formulaire SE 401 Q 02 et, lorsque requis, le document exigé par la législation québécoise en matière d'immigration.
2. Accidents du travail et maladies professionnelles : il s'adressera à la Commission de la Santé et de la Sécurité Sociale (CSST) en présentant le formulaire SE 401 Q 02.

L'institution québécoise n'est tenue au versement des prestations que dans la mesure où l'intéressé se sera adressé à elle avant la fin de son séjour au Québec.

Les prestations en espèces seront payées directement au travailleur par l'institution à laquelle il reste affilié.

B. Prestations familiales

Les enfants du travailleur (visés à l'article 3 par. 1a ou 2 de l'Entente) qui l'accompagnent au Québec ouvrent droit aux prestations familiales françaises suivantes :

- L'allocation pour jeune enfant durant la période pendant laquelle cette allocation est versée sans conditions de ressources.
- Les allocations familiales proprement dites.

Le service de ces prestations sera assuré directement par la Caisse d'Allocations Familiales Française. Le travailleur devra communiquer directement à celle-ci tout changement dans sa situation ou celle des membres de sa famille.

B. - LE FORMULAIRE EST UTILISE POUR UN NON-SALARIE

Il a été convenu entre les autorités compétentes des deux pays que le travailleur non salarié, en mission professionnelle dans l'Etat autre que celui où s'exerce l'activité permanente, pourrait être dispensé d'affiliation pour l'activité exercée temporairement sous réserve que soit mise en oeuvre la procédure d'autorisation préalable prévue à l'article 4 de l'Entente.

L'intéressé doit s'adresser à l'autorité administrative compétente désignée au point A.1.b) ci-dessus.

Durant son séjour, il pourra bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie en s'adressant à l'institution du lieu de séjour désignée au point A.3.a).

**ATTESTATION DU DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DES ASSURANCES
MALADIE MATERNITE EN CAS DE SEJOUR TEMPORAIRE DANS LE PAYS
D'ORIGINE DE LA PERSONNE ASSUREE**

*Art. 7 - 9 - 13 de l'Entente
Art. 12 de l'Arrangement Administratif*

1 - PERSONNE ASSUREE

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté :

Sexe : M F

Etat civil : marié(e) célibataire veuf(ve)
 divorcé(e) séparé(e)

N° d'immatriculation (France) :

N° d'assurance maladie (Québec) :

Adresse habituelle de la personne assurée :

.....

2 - PERSONNES A CHARGE DE LA PERSONNE ASSUREE

Nom	Prénoms	Sexe	Date de naissance	N° d'assurance maladie au Québec
.....
.....
.....
.....

Adresse habituelle (2) :

.....

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

(2) A compléter lorsque l'adresse des personnes à charge diffère de celle de la personne assurée.

3. - L'institution désignée au cadre 5 indique que les personnes précitées remplissent les conditions pour bénéficier des prestations en nature des assurances maladie, maternité.
4. - Ces prestations peuvent être servies pour les cas de maladie entre le et le et pendant 3 mois à compter de la date du service de la première prestation.

5 - INSTITUTION FRANCAISE

Désignation :	
Adresse :	
.....	
Date :	
Cachet	Signature

INSTRUCTIONS

L'institution d'affiliation délivre ce document à la personne assurée ou à son ayant droit si celui-ci part seul, si possible avant son départ.

L'acte médical doit se situer à l'intérieur de la période de séjour temporaire. L'attestation doit également mentionner la durée pendant laquelle peut être effectué le service des prestations dans la limite de trois mois.

Lorsque la personne assurée demande à bénéficier de la prorogation du service des prestations au-delà de la durée primitivement prévue, il adresse sa requête accompagnée des pièces médicales justificatives à l'institution du lieu de séjour.

**NOTIFICATION DE DECISION CONCERNANT LA PROLONGATION DU DROIT
AUX PRESTATIONS EN NATURE DES ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE**
(Séjour temporaire dans le pays d'origine de la personne assurée)

Art. 7 - 9 - 13 de l'Entente
Art. 12 de l'Arrangement Administratif

1 - PERSONNE ASSUREE

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté :

Sexe : M F

Etat civil : marié(e) célibataire veuf(ve)
 divorcé(e) séparé(e)

N° d'immatriculation (France) :

N° d'assurance maladie (Québec) :

Adresse :

- dans le pays d'affiliation :

.....

- dans le pays de nouvelle résidence :

.....

2 - PERSONNES A CHARGE DE LA PERSONNE ASSUREE

Nom	Prénoms	Sexe	Date de naissance	N° d'assurance maladie au Québec
.....
.....
.....
.....

Adresse habituelle (2) :

.....

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

(2) A compléter lorsque l'adresse des personnes à charge diffère de celle de la personne assurée.

3. - La personne désignée dans le cadre 1 dans le cadre 2 a demandé à conserver le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité du pays de séjour du au

4 - PERIODES DE PRISE EN CHARGE DEJA ACCORDEES

La personne désignée dans le cadre 1 dans le cadre 2 a bénéficié au titre de l'assurance maladie-maternité des prestations en nature (soins) pour la période du au

5 - DECISION

L'institution de la nouvelle résidence de la personne assurée a décidé :

d'accorder la prolongation du droit aux prestations en nature pour une durée de du au

de refuser la prolongation du droit aux prestations en nature.

Motif du refus
.....

6 - VOIES ET DELAIS DE RECOURS

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

7 - INSTITUTION DU PAYS DE SEJOUR

Dénomination :

Adresse :

.....

Date :

Cachet

Signature

INSTRUCTIONS

La présente notification établie en trois exemplaires est envoyée par l'institution du lieu de séjour d'une part à la personne assurée d'autre part à l'institution d'affiliation. L'institution du lieu de séjour conserve le troisième exemplaire par-devers elle.

ATTESTATION DU DROIT AU MAINTIEN DES PRESTATIONS DES ASSURANCES MALADIE
ET MATERNITE EN CAS DE TRANSFERT TEMPORAIRE DE RESIDENCE

Art. 8 - 9 - 13 de l'Entente
Art. 13 de l'Arrangement Administratif

1 - PERSONNE ASSUREE

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté :

Sexe : M F

Etat civil : marié(e) célibataire veuf(ve)
 divorcé(e) séparé(e)

N° d'immatriculation (France) :

N° d'assurance maladie (Québec) :

Adresse :

- dans le pays d'affiliation :

.....

- dans le pays de nouvelle résidence :

.....

2 - PERSONNE A CHARGE AUTORISEE A TRANSFERER SA RESIDENCE

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance : Sexe : M F

N° d'assurance maladie du Québec :

Adresse :

- dans le pays d'affiliation :

.....

- dans le pays de nouvelle résidence :

.....

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

3. - La personne désignée au cadre 1 au cadre 2 a été autorisée à conserver le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité dans le pays de nouvelle résidence du au

4 - INSTITUTION D'AFFILIATION

Dénomination:	
Adresse :	
.....	
Date :	
Cachet	Signature

INSTRUCTIONS

La présente attestation est établie en double exemplaire par l'institution d'affiliation, un exemplaire est remis avant son départ à la personne assurée ou à la personne à sa charge autorisée à transférer sa résidence ; elle conserve le deuxième exemplaire par-devers elle.

Renseignements à l'usage de la personne assurée ou de la personne à sa charge.

- La personne assurée ou la personne à sa charge munie de la présente attestation s'adresse à l'institution de Sécurité Sociale de sa nouvelle résidence pour obtenir les prestations en nature des assurances maladie et maternité.
- Les indemnités journalières sont payées le cas échéant directement à la personne assurée par l'institution qui a délivré la présente attestation et pendant toute la période prévue par ladite attestation.
- Si l'état de la personne assurée ou de la personne à sa charge la contraint à demander une prolongation des soins de santé et du service des prestations en espèces au-delà de la période prévue par la présente attestation, elle adresse sa demande à l'institution du lieu de résidence.

**PROLONGATION DU DROIT AUX PRESTATIONS DES ASSURANCES MALADIE ET MATERNITE
(Transfert temporaire de résidence)**

*Art. 8 - 9 - 13 de l'Entente
Art. 13 de l'Arrangement Administratif*

1 - PERSONNE ASSUREE

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté :

Sexe : M F

Etat civil : marié(e) célibataire veuf(ve)
 divorcé(e) séparé(e)

N° d'immatriculation (France) :

N° d'assurance maladie (Québec) :

Adresse :

- dans le pays d'affiliation :

.....

- dans le pays de nouvelle résidence :

.....

2 - PERSONNE A CHARGE AUTORISEE A TRANSFERER SA RESIDENCE

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance : Sexe : M F

N° d'assurance maladie du Québec :

Adresse :

- dans le pays d'affiliation :

.....

- dans le pays de nouvelle résidence :

.....

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

3 - INSTITUTION DU PAYS DE RESIDENCE

Dénomination :	
Adresse :	
.....	
Date :	
Cachet	Signature

informe l'institution d'affiliation que :

4. - La personne désignée dans le cadre 1 dans le cadre 2 demande à conserver le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité du pays de nouvelle résidence.

La personne assurée demande à bénéficier du droit aux prestations en espèces du au

Au présent formulaire est joint un rapport médical établi le

5 - PERIODES DE PRISE EN CHARGE DEJA ACCORDEES

La personne désignée <input type="checkbox"/> au cadre 1 <input type="checkbox"/> au cadre 2 a bénéficié au titre de l'assurance Maladie-Maternité des prestations en nature (soins) pour la période du au
--

6 - DECISION

L'institution d'affiliation de la personne intéressée a décidé :
<input type="checkbox"/> d'accorder la prolongation du droit aux prestations en nature pour une durée de du au
<input type="checkbox"/> de refuser la prolongation du droit aux prestations en nature.
<input type="checkbox"/> d'accorder la prolongation du droit aux prestations en espèces pour une durée de du au
<input type="checkbox"/> de refuser la prolongation du droit aux prestations en espèces.
Motif du refus
.....

7 - VOIES ET DELAIS DE RECOURS

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

8 - INSTITUTION D'AFFILIATION

Dénomination :	
Adresse :	
.....	
Date :	
Cachet	Signature

INSTRUCTIONS

La présente notification, complétée dans sa partie A par l'institution du pays de résidence, est envoyée en triple exemplaire à l'institution d'affiliation. L'institution d'affiliation prend sa décision, le cas échéant après avis du contrôle médical, et la notifie en adressant un exemplaire à la personne assurée et un exemplaire à l'institution du pays de résidence. Elle conserve le troisième exemplaire par-devers elle.

3. - Le(s) membre(s) de la famille de la personne assurée désigné(s) ci-dessus a (ont) droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité.
4. - Ce droit est ouvert à la date du et subsiste pendant 12 mois à compter de cette date.

5 - INSTITUTION D'AFFILIATION

Désignation :	
Adresse :	
.....	
Date :	
Cachet	Signature

INSTRUCTIONS

La présente attestation est établie par l'institution du lieu de travail ; un exemplaire est remis à la personne assurée qui le fait parvenir au(x) membre(s) de sa famille résidant dans l'autre pays.

Ceux-ci sont tenus de se faire inscrire, le cas échéant, auprès de l'institution du lieu de leur résidence en présentant ce formulaire.

La durée de validité de l'attestation est égale à douze mois lorsque l'institution du lieu de résidence est une institution française. Avant l'expiration de la période de 12 mois, l'institution française du lieu de résidence des membres de la famille demande soit à la personne assurée elle-même, soit à la Régie de l'Assurance Maladie du Québec de fournir une nouvelle attestation d'affiliation.

**I - DEMANDE D'ATTESTATION DU DROIT AUX SOINS DE SANTE
(Titulaire d'une rente du régime québécois et personnes à charge demeurant en France)**

*Art. 12 et 13 de l'Entente
Art. 16 de l'Arrangement Administratif*

I.1 - INSTITUTION FRANCAISE DE RESIDENCE

Désignation :
Adresse :
.....

I.2 - RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE BENEFICIAIRE

Nom :
Nom à la naissance si différent (1)
Prénoms :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Nationalité/Citoyenneté :
Sexe : M F
Etat civil : marié(e) célibataire veuf(ve)
 divorcé(e) séparé(e)
Adresse habituelle de la personne assurée :
.....
N° d'assurance sociale au Canada :
N° de dossier de l'accident du travail :

INSTRUCTION

Cette demande doit être remplie par l'institution française de résidence et adressée en deux exemplaires à l'organisme désigné à la partie 1.3 qui lui en retourne un dûment complété et conserve le deuxième par-devers lui.

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

1.3 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PENSION

La personne intéressée déclare être titulaire d'une rente (1)

de retraite d'invalidité de survie de la Régie des rentes du Québec.

d'accident du travail.

La demande d'attestation sera expédiée à :

Régie des Rentes du Québec
Service de l'invalidité
C.P. 5200
QUEBEC, CANADA G 1 K 7S9

La demande d'attestation sera expédiée à

la Commission de la Santé et
de la Sécurité du Travail
Service des Négociations et Ententes
524 Bourdages
QUEBEC, CANADA G 1 K 7 E 2

(1) Lorsque plus d'une rente est versée, expédier le formulaire à la Régie des Rentes

Cachet, date et signature de l'institution du lieu de résidence :

II - CERTIFICAT DE L'INSTITUTION QUEBÉCOISE VERSANT LA RENTE

Ce certificat est complété par l'institution québécoise débitrice d'une des rentes visées à la partie 1.3 puis est retourné à l'institution française désignée à la partie 1.1

La Régie des Rentes du Québec informe l'institution française du lieu de résidence que la personne bénéficiaire désignée à la partie 1.2

est titulaire d'une rente
 de retraite d'invalidité de survie

date de début de la rente

n'est pas titulaire d'une prestation de retraite, d'invalidité ou de survie de la Régie des Rentes du Québec.

Cachet, date et signature :

La Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail informe que la personne bénéficiaire désignée à la partie 1.2

est titulaire d'une rente d'accident du travail (indemnité de remplacement du revenu)

Date de début de la prestation

n'est pas titulaire d'une rente d'accident du travail.

Cachet, date et signature :

I - DEMANDE D'ATTESTATION CONCERNANT LES PERIODES D'ASSURANCE AU QUEBEC

*Art. 5, 16 et 33 de l'Entente
Art. 11 et 26 de l'Arrangement Administratif*

I.1 - INSTITUTION DU LIEU DE RESIDENCE

Désignation :
Adresse :
.....

I.2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE ASSUREE

Nom :
Nom à la naissance si différent (1)
Prénoms :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Nationalité/Citoyenneté :
Sexe : M F
Etat civil : marié(e) célibataire veuf(ve)
 divorcé(e) séparé(e)
Adresse :
.....
N° d'immatriculation en France :
N° d'assurance sociale au Canada :
N° d'assurance maladie au Québec :

1.3 - Une demande de prestation de l'assurance maladie-maternité invalidité
 décès
au titre de l'article 5 16 33 de l'Entente a été formulée
RAMQ RRQ RRQ
auprès de nos services du chef de la personne désignée au cadre 1.2

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

Il nous est nécessaire de connaître ses périodes d'assurance correspondantes accomplies au Québec.

Cachet

Date et signature

INSTRUCTIONS

Cette demande doit être adressée par l'institution française à la Régie de l'assurance maladie du Québec s'il s'agit d'une demande de prestations de l'assurance maladie maternité, à la Régie des rentes du Québec s'il s'agit d'une demande de prestations d'invalidité ou de décès.

2. - ATTESTATION CONCERNANT LES PERIODES D'ASSURANCE AU QUEBEC

<input type="checkbox"/> Régie des Rentes du Québec Service de l'invalidité C.P. 5200 QUEBEC, CANADA G 1 K 7S9	<input type="checkbox"/> Régie de l'Assurance Maladie du Québec Direction des Services à la Clientèle CP 6600 QUEBEC, Canada G 1 K 7T3
Indique que la personne désignée au cadre 1.2 <input type="checkbox"/> n'a jamais contribué au régime des rentes au Québec <input type="checkbox"/> a contribué pour les périodes suivantes :	Indique que la personne désignée au cadre 1.2 <input type="checkbox"/> est encore bénéficiaire de l'assurance maladie du Québec <input type="checkbox"/> n'a jamais été bénéficiaire de l'assurance maladie du Québec <input type="checkbox"/> a été bénéficiaire de l'assurance maladie du Québec jusqu'au
de à	
Nombre total d'années créditées	
Cachet, date, signature	Cachet, date, signature

RAPPORT SUR LA SITUATION D'UNE PERSONNE TITULAIRE D'UNE PENSION OU RENTE*Art. 30 de l'Arrangement Administratif*

Le présent rapport est établi à la suite d'un contrôle administratif effectué, à la demande de l'institution qui sert la pension ou rente d'invalidité désignée à la partie 1, par l'institution du pays de résidence.

1 - INSTITUTION QUI SERT LA PENSION OU RENTE D'INVALIDITE

<input type="checkbox"/> Désignation :
Adresse :
.....
<input type="checkbox"/> Régie des rentes du Québec
Service de l'Invalidité
CP 5200
QUEBEC, Canada G 1 K 7 S 9

Demande à l'institution du pays de résidence de faire procéder à un contrôle administratif de la personne titulaire d'une pension ou rente désignée ci-après :

Nom :	Prénoms :	
Nom à la naissance si différent (1)		
Date de naissance :	Lieu de naissance :	
Nationalité/Citoyenneté :		
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
N° d'immatriculation en France :		
N° d'assurance sociale au Québec :		
Adresse :		
.....		
Date de début de la pension ou rente :		
Profession exercée avant l'incapacité de travail suivie d'invalidité : (2)		
Titulaire de la pension d'invalidité : (2)		
numéro :		catégorie :

Cachet

Date et signature

NB : L'institution québécoise adressera sa demande à l'organisme de liaison français qui en assurera l'acheminement à l'institution du lieu de résidence.

(1) *Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.*

(2) *A remplir par l'institution française seulement.*

1 - INSTITUTION DU LIEU DE RESIDENCE

Désignation :
Adresse :
.....

Régie des rentes du Québec
Service de l'Invalidité
CP 5200
QUEBEC, Canada G 1 K 7 S 9

après avoir fait procéder à un contrôle administratif de la situation de la personne intéressée, avise l'institution qui sert la pension ou rente, que celle-ci :

n'a pas repris d'activité professionnelle rémunératrice

a repris une activité professionnelle rémunératrice

Cette activité est une activité salariée

Nature de l'emploi :

Montant du salaire actuel :

par jour par semaine par quinzaine par mois par an

..... \$ ou F

Cette activité est une activité indépendante

Nature de l'emploi :

Montant du revenu lié à cette activité :

par jour par semaine par quinzaine par mois par an

..... \$ ou F

Observations :

Cachet

Date et signature

NB : Cette formule est retournée à l'institution désignée à la partie 1.

PENSION OU RENTE D'INVALIDITE
Remboursement entre institutions

Art. 16 par. 3 de l'Entente
Art. 31 de l'Arrangement Administratif

1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TITULAIRE D'UNE PENSION OU RENTE

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté :

N° d'immatriculation en France :

N° d'assurance sociale au Québec :

Adresse dans le pays de résidence :

.....

.2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PENSION OU RENTE

Point de départ de la pension ou rente :

Taux : Montant versé au cours de l'année :

N° de la pension ou rente :

Périodes validées au Québec :

Périodes validées en France :

Pourcentage à la charge du Québec :

Pourcentage à la charge de la France :

Montant à la charge du Québec :

Montant à la charge de la France :

Date de suspension suppression ou transformation de la pension ou rente

Motif :

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

3 - L'institution du lieu de résidence citée au cadre 4 demande donc le remboursement de la somme de :

4 - INSTITUTION DU LIEU DE RESIDENCE

Dénomination :	
Adresse :	
.....	
Date :	
Cachet	Signature

INSTRUCTIONS

Ce formulaire sera établi en double exemplaire par l'institution du lieu de résidence du pensionné d'invalidité qui en adresse un exemplaire à son organisme de liaison.

Les créances seront présentées chaque année par l'organisme de liaison de chaque pays. A ces formulaires établis pour chaque pensionné sera joint un état récapitulatif des créances.

Art. 16, 27, 28, 29, 30 et 31 de l'Entente
Art. 26, 33, 34, 35 et 36 de l'Arrangement Administratif

Le présent formulaire sera utilisé par l'institution du lieu de résidence :

- pour échanger les informations sur les périodes d'assurance validées par chacune des institutions,
- pour demander tout élément nécessaire en vue de l'examen d'un dossier,
- pour transmettre les demandes de pensions ou de rentes aux institutions de l'autre pays.

PARTIE A

INSTITUTION DU LIEU DE RESIDENCE

Dénomination :	
Adresse :	
.....	
Date :	
Cachet	Signature

- N° du dossier (Québec) :	France :
- Date de dépôt de la demande :	
- Date postérieure éventuellement fixée par le demandeur pour l'entrée en jouissance de la pension de vieillesse :	

DOCUMENTS FOURNIS

<input type="checkbox"/> Formulaire de demande de prestations en vertu de la législation		
<input type="checkbox"/> française	<input type="checkbox"/> québécoise	
<input type="checkbox"/> vieillesse	<input type="checkbox"/> survie/réversion	<input type="checkbox"/> invalidité
<input type="checkbox"/> Demande de révision		
Date de présentation de la demande		
<input type="checkbox"/> Documentation médicale	<input type="checkbox"/> Attestations de travail	
<input type="checkbox"/> Relevé de compte	<input type="checkbox"/> Carte d'immatriculation	
<input type="checkbox"/> Documents militaires	<input type="checkbox"/> Certificat de naissance	
<input type="checkbox"/> Autres (spécifier) :		
.....		

RENSEIGNEMENTS DEMANDES

Une demande de prestations de :

- vieillesse survie/réversion invalidité

nous a été présentée en vertu de l'Entente et les renseignements suivants sont nécessaires :

- périodes créditées
- documentation médicale
- demande d'information sur la suite réservée à la demande
du :
- autres (spécifier) :
.....

PERSONNE ASSUREE

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté :

N° d'immatriculation en France :

N° d'assurance sociale au Canada :

Date du décès :

CONJOINT (SIL S'AGIT D'UNE DEMANDE DE PENSION DE SURVIE)

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté :

N° d'immatriculation en France :

N° d'assurance sociale au Canada :

L'institution indiquée au point 1 atteste que la personne assurée a obtenu

- en France au Québec, la validation des périodes suivantes :

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

	(en trimestres ou en années) (1)
du au .....	.....
du au .....	.....
du au .....	.....
du au .....	.....
Total	.....

- Prestation mensuelle payée par le Québec la France

Nature de la pension	Date d'effet	Montant	Taux (2)

par totalisation sans totalisation

Motifs pour lesquels aucune prestation n'est versée :

.....

.....

PARTIE B - A compléter par l'institution de l'autre pays

Dénomination :	Date :
Adresse :	
.....	
Cachet	Signature

Périodes validées (3)

--

- (1) Trimestres pour le régime français, années pour le régime québécois.
- (2) Pour les institutions françaises en cas de liquidation de pension de vieillesse.
- (3) Lorsque cette partie est complétée par une institution française, l'ensemble des périodes validées par les divers régimes doit être porté.

- Prestation mensuelle payée par la France le Québec

Nature de la pension	Date d'effet	Montant	Taux (2)

Motifs pour lesquels aucune prestation n'est versée :
.....
.....

PARTIE C

Partie à compléter uniquement si le présent formulaire a été utilisé pour échanger des informations relatives à l'examen d'un droit à pension d'invalidité.

L'institution qui liquide la pension d'invalidité au profit d'une personne assurée qui a exercé son activité dans les deux pays doit adresser une photocopie de cet imprimé après avoir complété le cadre ci-après à l'organisme de liaison de son pays.

Périodes d'assurance	au Québec Années
	en France Années
Pourcentage à la charge	du Québec :
	de la France :
Montant initial de la pension :	.....
Date d'effet de la pension :	.....

Date

Signature et cachet

L'institution qui a liquidé la pension d'invalidité doit chaque année, au moyen du formulaire SE 401 Q 11 communiquer à l'organisme de liaison de son pays, le montant de la prestation à charge de l'autre pays.

INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION DE VIEILLESSE
OU DE SURVIVANT PAR LES INSTITUTIONS FRANCAISES*Art. 27, 28, 29, 30 et 31 de l'Entente***1 PRESTATION DEMANDEE**

Pension de vieillesse - Pension de survivant (1)

Date de dépôt à la demande :

Date postérieure éventuellement fixée par le demandeur pour l'entrée en jouissance de la pension de
vieillesse :**2 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE ASSUREE**

Nom :

Nom à la naissance si différent (2)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : Masculin - Féminin (1)

Nationalité/Citoyenneté :

Situation de famille à la date de la demande :

Célibataire - marié(e) - veuf(ve) - divorcé(e) - séparé(e) (1)

N° d'immatriculation en France :

N° de dossier en France :

N° d'assurance sociale au Canada :

Adresse de la personne assurée à la date de la demande (ou du décès) :

.....

En cas de demande de pension de survivant, date du décès de la personne assurée :

3 RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE ASSUREELa personne assurée est (ou était si elle est décédée) - n'est pas (ou n'était pas) (1) titulaire d'une ou
plusieurs pensions ou rentes françaises (autre que retraite complémentaire).

Le cas échéant, nature de la pension ou de la rente :

Numéro de la pension ou de la rente :

Date d'attribution :

Organisme débiteur :

(1) Biffer la ou les mentions inutiles

(2) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

4**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT**

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : Masculin - Féminin (2)

Nationalité/Citoyenneté :

Situation de famille à la date de la demande :

Date - du mariage - du veuvage - du divorce - de la séparation - de la disparition

N° d'immatriculation en France :

N° de dossier en France :

N° d'assurance sociale au Canada :

Adresse (si différente) :

.....

5**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LE CONJOINT**

1 - A compléter, *s'il s'agit d'une demande de pension personnelle*, en vue de l'examen des droits à une majoration pour conjoint à charge

Une majoration peut être accordée si le conjoint :

- *est âgé d'au moins 65 ans ou reconnu médicalement inapte au travail entre 60 et 65 ans,*
- *ne dispose pas de ressources personnelles dépassant la limite légale.*

A-t-il disposé de ressources (y compris de salaires) au cours des trois

MONTANT (3)

mois civil précédant cette demande ? OUI NON

Perçoit-il une pension personnelle ? OUI NON

2 - A compléter *s'il s'agit d'une demande de pension de réversion*

SALAIRES OU REVENUS DE REMPLACEMENT

Le conjoint a-t-il été salarié au cours des 3 ou 12 mois précédant la présente demande ou la date du décès de l'assuré OUI NON

Si oui, indiquer le montant total des salaires

	Total pour les 3 mois	Total pour les 12 mois
Précédant cette demande		
Précédant le décès		

(1) *Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.*

(2) *Biffer la ou les mentions inutiles*

(3) *Préciser la période de référence et la monnaie.*

Le conjoint a-t-il bénéficié de revenus de remplacement au cours des 3 mois précédant la présente demande ou la date de décès de l'assuré ?

(Indemnités de l'assurance maladie, allocations de chômage) OUI NON

Si oui, indiquer le montant des indemnités de l'assurance maladie et (ou) des allocations de chômage

	Total pour les 3 mois	Total pour les 12 mois
Précédant cette demande		
Précédant le décès		

PENSIONS, RETRAITES ET RENTES

Le conjoint perçoit-il ou a-t-il demandé soit à titre personnel, soit à titre de réversion :

Une pension d'invalidité ? OUI NON

Des rentes, pensions, retraites ? (y compris des retraites complémentaires) OUI NON

Si oui, compléter les zones ci-dessous

A titre personnel

Nom de l'organisme		
Adresse de l'organisme		
Date d'attribution		
Montant mensuel actuel		

A titre de réversion

Nom de l'organisme		
Adresse de l'organisme		
Date d'attribution		

AUTRES RESSOURCES

Le conjoint a-t-il des ressources autres que celles déclarées ci-dessus ? OUI NON

Si oui, préciser la nature et les montants de ces ressources :

Nature	Total pour les 3 mois	Total pour les 12 mois
Précédant cette demande		
Précédant le décès		

BIENS (à l'exclusion de la maison d'habitation)

Le conjoint est-il propriétaire de biens (maisons, terrains, titres, actions, obligations...) autres que ceux de la succession ? OUI NON

Si oui, compléter les zones ci-dessous

Nature des biens		
Valeur actuelle		
Adresse et commune d'imposition de chaque bien déclaré (sil s'agit de terrains ou de maisons)		

Le conjoint a-t-il fait donation de biens personnels ? OUI NON

Si oui, compléter les zones ci-dessous

Nature des biens		
Date de l'acte de donation		
Valeur actuelle		
Adresse et commune d'imposition de chaque bien déclaré (sil s'agit de terrains ou de maisons)		
Lien de parenté du bénéficiaire avec le donateur		

ENFANTS

La pension est augmentée de 10 % si la personne retraitée a eu ou élevé au moins trois enfants. Les femmes assurées bénéficient de deux ans d'assurance supplémentaires pour chaque enfant élevé pendant au moins 9 ans avant l'âge de 16 ans.

1 - ENFANTS DU DEMANDEUR

Les avez-vous élevés et ont-ils été à votre charge ou à celle de votre conjoint pendant au moins 9 ans avant leur seizième anniversaire (1)

Mettre une croix dans la case qui convient

Nom	Prénoms	Sexe	Date de naissance	Date de décès	OUI	NON
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 - AUTRES ENFANTS ELEVES PAR LE DEMANDEUR (enfants de conjoint, recueillis, lis, adoptés, etc.)

Les avez-vous élevés et ont-ils été à votre charge ou à celle de votre conjoint pendant au moins 9 ans avant leur seizième anniversaire (1)

Mettre une croix dans la case qui convient

Nom	Prénoms	Sexe	Date de naissance	Date de décès	OUI	NON
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Compléter seulement si la personne assurée est une femme.

7 - RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LA DEMANDE DE PENSION (PENSION PERSONNELLE)

L'intéressé âgé de moins de 65 ans déclare faire sa demande à l'un des titres énoncés ci-après :

- inapte au travail
- ancien combattant ou ancien prisonnier de guerre
- interné, déporté politique ou de la résistance
- ouvrière mère de trois enfants

8 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CARRIERE D'ASSURANCE :

I - En France

Périodes d'activité professionnelle y compris celles au cours desquelles vous n'avez pas perçu de rémunération.

Profession	Employeur (1) (nom et adresse)	du	au
Périodes assimilées :			
Services militaires		du	au
Chômage		du	au
Maladie-Maternité		du	au

- Le cas échéant, organismes auprès desquels l'intéressé déclare avoir cotisé du fait de ses activités indépendantes (dénomination, adresse, n° de cotisation).

(1) En cas d'activité indépendante indiquer la nature et le lieu d'exercice de celle-ci.

II - A l'étranger (hors de France) y compris au Québec (1)

Nom et adresse de l'employeur avec précision du pays	Profession	du	au

9 - MODE DE PAIEMENT CHOISI PAR LE DEMANDEUR

- CCP
- Compte bancaire
- Livret de caisse d'épargne
- Autre mode de paiement :

(1) *Le régime québécois, entré en vigueur le 1.1.1966 ne peut en aucun cas valider des périodes antérieures à cette date (ces périodes ne peuvent pas non plus être validées par le régime canadien).*

Déclaration à faire compléter par le demandeur pour les besoins des institutions québécoises :

- J'autorise la Régie des Rentes du Québec et la Direction de l'Administration des Ententes de Sécurité Sociale à s'échanger et à transmettre, à l'organisme compétent de la France, les renseignements nécessaires à l'étude de ma demande, sauf ceux qui sont relatifs à mes gains de travail et aux cotisations versées au Régime des rentes du Québec ;
- Je consens à ce que la Régie des Rentes, directement ou par l'intermédiaire de la Direction de l'Administration des Ententes de Sécurité Sociale, fasse parvenir, à l'organisme compétent de la France, les renseignements concernant le montant et la date de début de toute prestation qui pourrait m'être payée ;
- Je consens également à ce que l'organisme compétent de la France fasse parvenir, à la Direction de l'Administration des Ententes de Sécurité Sociale, les renseignements concernant le montant et la date de début de toute prestation qui pourrait m'être payée.

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des présentes déclarations et je m'engage à faciliter toute enquête faite pour les vérifier (1).

Fait à, le

Signature

N° de téléphone du signataire

Note : Après avoir rempli et signé votre demande vous devez la faire parvenir avec toutes pièces justificatives d'Etat civil à la :

Direction de l'Administration des Ententes de Sécurité Sociale
360 Rue Mc Gill
MONTREAL QUEBEC H2Y 2E9

A REMPLIR PAR L'INSTITUTION QUEBECOISE

L'institution québécoise a vérifié à l'aide des pièces justificatives valables présentées par le requérant la conformité des renseignements fournis sur son état civil, celui des (2) enfants qu'ils a eus ou élevés et celui de son conjoint

Cachet

Signature

(1) La loi rend passible d'amende ou (et) d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration (art. L. 377-1 du CSS art. L. 150 du Code Pénal).

(2) Indiquer en toutes lettres le nombre des enfants figurant au cadre 6.

PARTIE V DEMANDE DE RENTES DE SURVIVANTS (CONJOINT SURVIVANT ET ORPHELIN) (La partie I doit avoir été remplie)

<p>1. Date de naissance du cotisant</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">année</td> <td style="text-align: center;">mois</td> <td style="text-align: center;">jour</td> </tr> </table>	_ _	_	_	année	mois	jour	<p>2. Lieu du décès du cotisant (ville, village) (province, territoire) (pays)</p>
_ _	_	_					
année	mois	jour					

<p>3. Renseignements sur le conjoint survivant</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:40%;"> <p>Prénom</p> <p>a) M <input type="checkbox"/></p> <p>Mme <input type="checkbox"/></p> <p>Mlle <input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width:20%; border-left: 1px solid black;"> <p>Nom de famille</p> </td> <td style="width:40%; border-left: 1px solid black;"> <p>b) Numéro d'assurance sociale au Canada du conjoint survivant</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ </td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	<p>Prénom</p> <p>a) M <input type="checkbox"/></p> <p>Mme <input type="checkbox"/></p> <p>Mlle <input type="checkbox"/></p>	<p>Nom de famille</p>	<p>b) Numéro d'assurance sociale au Canada du conjoint survivant</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ </td> </tr> </table>	_ _	_	_
<p>Prénom</p> <p>a) M <input type="checkbox"/></p> <p>Mme <input type="checkbox"/></p> <p>Mlle <input type="checkbox"/></p>	<p>Nom de famille</p>	<p>b) Numéro d'assurance sociale au Canada du conjoint survivant</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ </td> </tr> </table>	_ _	_	_	
_ _	_	_				

c) inscrivez votre adresse à la date du décès du cotisant.

d) inscrivez votre adresse actuelle si elle est différente de celle inscrite à c)

<p>e) Inscrivez votre date de naissance</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ </td> <td style="border: 1px solid black; width: 33%; text-align: center;"> _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">année</td> <td style="text-align: center;">mois</td> <td style="text-align: center;">jour</td> </tr> </table>	_ _	_	_	année	mois	jour	<p>f) Inscrivez votre lieu de naissance (ville, village) (province, territoire) (pays)</p>
_ _	_	_					
année	mois	jour					

g) Vos nom et prénom à la naissance étaient-ils les mêmes que ceux indiqués à a) ? oui non

Si "non", indiquez

Prénom	Nom de famille
--------	----------------

h) Étiez-vous marié(e) avec le cotisant décédé oui non

Si "oui", inscrivez la date du mariage

_ _	_	_
année	mois	jour

Présentez avec la demande le certificat de votre mariage au cotisant décédé

Si "non", depuis quand viviez-vous avec le cotisant

_ _	_	_
année	mois	jour

Étiez-vous marié(e) avec une autre personne ? oui non

i) Vous êtes-vous remarié(e) depuis le décès du cotisant ? oui non

Si "oui", indiquez la date de ce mariage

_ _	_	_
année	mois	jour

j) Étiez-vous invalide au moment du décès du cotisant ? oui non

Si "oui", joignez un rapport médical sur votre invalidité

k) Lors du décès du cotisant aviez-vous à votre charge un enfant du cotisant décédé âgé de 18 ans ou plus et qui était invalide ? oui non

Si "oui", joignez un rapport médical sur son invalidité et indiquez sa date de naissance

_ _	_	_
année	mois	jour

l) Recevez-vous ou avez-vous déjà reçu ou demandé des prestations en vertu du Régime des rentes du Québec oui non

Si oui, indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada ?

_ _	_	_
-----	---	---

du Régime de pensions du Canada oui non

Si oui, indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada ?

_ _	_	_
-----	---	---

4. Si le cotisant décédé avait des enfants célibataires de moins de 18 ans, ou de 18 à 25 ans qui fréquentaient un établissement d'enseignement, inscrivez les renseignements requis pour chacun des enfants pour lequel vous demandez une rente d'orphelin.

Prénom de l'enfant	Nom de famille s'il est différent de celui du cotisant décédé	Sexe	Date de naissance			Adresse de l'enfant
			Année	Mois	Jour	
			_	_	_	
			_	_	_	
			_	_	_	
			_	_	_	

. S'il y a plus de cinq enfants, joignez une liste sur laquelle vous fournirez les renseignements. Un certificat de naissance doit être signifié pour chaque enfant.

5. Parmi les enfants, y en a-t-il qui reçoivent ou qui ont déjà reçu ou demandé des prestations en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada oui non

Si "oui", indiquez

Prénom de l'enfant	Nom de l'enfant	Le numéro d'assurance sociale du Canada sous lequel la prestation a été reçue ou demandée
		_ _
		_ _
		_ _
		_ _

PARTIE V (suite)											
4. La personne qui signe la demande est-elle le conjoint survivant ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> → Si "non", expliquez les raisons pour lesquelles la demande n'est pas faite par le conjoint survivant ?											
Renseignements sur la personne qui fait la demande au nom du conjoint survivant											
M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>	Prénom _____ Nom de famille _____										
Adresse _____											
Déclaration du requérant *											
Déclaration du témoin au cas où le requérant signe d'une croix (x)											
Par la présente, je demande, en vertu du Régime de rentes de Québec, une rente de conjoint survivant et/ou une rente d'orphelin pour chacun des enfants du cotisant décédé inscrits à la question 4. Je déclare qu'à ma connaissance les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets et je m'engage à aviser l'administration dudit régime de tout changement pouvant affecter l'admissibilité aux prestations.	J'ai lu le contenu de la présente demande au requérant qui a semblé le comprendre et qui a signé d'une croix (x)										
Signature du requérant _____	Signature du témoin _____										
Date <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>année</td><td>moi</td><td>jour</td><td colspan="2">n° de téléphone</td></tr></table>						année	moi	jour	n° de téléphone		Signature du témoin _____
année	moi	jour	n° de téléphone								
* Le requérant .. la personne qui réclame la prestation.											
Note : Si le requérant signe d'une croix (x), un témoin doit signer la déclaration ci-contre.	Date <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>année</td><td>moi</td><td>jour</td><td colspan="2">n° de téléphone</td></tr></table>						année	moi	jour	n° de téléphone	
année	moi	jour	n° de téléphone								

A compléter par l'institution française											
L'institution française _____	Date de réception de la demande <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>année</td><td>mois</td><td>jour</td><td colspan="2"></td></tr></table>						année	mois	jour		
année	mois	jour									
Dénomination _____											
Adresse _____											
atteste que les données sur l'état civil inscrites sur ce formulaire ont été tirées des documents originaux fournis par le requérant.											
Lieu _____	Date <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>année</td><td>mois</td><td>jour</td><td colspan="2"></td></tr></table>						année	mois	jour		
année	mois	jour									
_____	_____										
Date	Signature										
	<div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 150px; margin: 0 auto;"></div>										

NOTIFICATION DE DECISION CONCERNANT LE DROIT AUX PRESTATIONS DE L'ASSURANCE
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES (cas de rechute)

*Art. 20 de l'Entente
Art. 43 de l'Arrangement Administratif*

1 - PERSONNE ASSUREE

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté :

Sexe : M F

Etat civil : marié(e) célibataire veuf(ve)
 divorcé(e) séparé(e)

N° d'immatriculation en France :

N° d'assurance sociale au Canada :

N° d'assurance maladie du Québec :

Adresse de la personne assurée :

- dans le pays où est survenu l'accident :

.....

- dans le pays où est survenue la rechute :

.....

- Profession :

- avant l'accident :

- après l'accident :

2 - ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE INITIAL(E)

accident du travail maladie professionnelle

survenu le constatée le

(jour, mois, année) (jour, mois, année)

au service de l'employeur désigné ci-dessous :

Nom ou raison sociale :

Adresse :

.....

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

3 - PERIODES DE PRISE EN CHARGE DEJA ACCORDEES

La personne désignée au cadre 1

a déjà bénéficié n'a pas déjà bénéficié

des prestations en nature (soins) pour la période :

du au

du au

4 - L'INSTITUTION D'ACCIDENTS DU TRAVAIL ci-dessous désignée

Désignation :

Adresse :

Après examen par son contrôle médical du dossier que lui a transmis l'institution du pays de la nouvelle résidence de la personne intéressée

accorde refuse

le droit aux prestations en nature de l'assurance accidents du travail pour une durée de

du au

accorde refuse

le droit aux prestations en espèces de l'assurance accidents du travail pour une durée de

du au

accorde refuse

calculées sur la base de

Motif du refus :

.....

.....

Voies et délais de recours dont dispose la personne assurée contre la décision de refus

.....

.....

.....

A, le

Cachet de l'institution

Signature

INSTRUCTIONS

La présente notification établie en triple exemplaire est adressée par l'institution d'accidents du travail, d'une part à la personne assurée, d'autre part à l'Institution du pays de nouvelle résidence de cette dernière. L'institution d'accidents conserve le troisième exemplaire par devers-elle.

**ATTESTATION AUTORISANT LE MAINTIEN DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE
CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL OU LES MALADIES PROFESSIONNELLES
(en cas de transfert temporaire de résidence)**

*Art. 19 de l'Entente
Art. 42 de l'Arrangement Administratif*

1 - BENEFICIAIRE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté :

Sexe : M F

Etat civil : marié(e) célibataire veuf(ve)
 divorcé(e) séparé(e)

N° d'immatriculation en France :

N° d'assurance sociale au Canada :

N° d'assurance maladie du Québec :

Adresse du travailleur :

- dans le pays d'affiliation :

.....

- dans le pays de la nouvelle résidence :

.....

2 - La personne désignée au cadre 1 est autorisée à conserver le bénéfice des prestations en nature :

en raison de l'accident du travail survenu le

la maladie professionnelle constatée le

et pour autant qu'elles soient nécessaires et en rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle.

3 - Le rapport du médecin contrôleur :

est joint sous pli fermé

a été envoyé le

peut nous être demandé par lettre

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

4 - L'INSTITUTION COMPETENTE DU PAYS D'AFFILIATION

Dénomination :

Adresse :

.....

Cachet

Date et Signature

INSTRUCTIONS

La présente attestation établie en double exemplaire est donnée à la personne assurée avant son départ, l'institution compétente conserve le deuxième exemplaire par-devers elle.

Renseignements à l'usage de la personne assurée :

- La personne victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle s'adresse à l'institution compétente du lieu de sa nouvelle résidence pour obtenir le bénéfice des prestations en nature dues en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.
- Les indemnités journalières lui sont payées directement par sa caisse d'affiliation pour la France ou par la Commission de la santé et de la sécurité du travail pour le Québec.
- Si la personne assurée demande à bénéficier de la prorogation du service des prestations au-delà de la durée prévue sur la présente attestation elle doit adresser sa requête accompagnée des pièces médicales justificatives à l'institution du lieu de séjour.

NOTIFICATION DE DECISION CONCERNANT LA PROLONGATION DU DROIT
AUX PRESTATIONS DE L'ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET
MALADIES PROFESSIONNELLES

Art. 19 de l'Entente
Art. 42 de l'Arrangement Administratif

1 - BENEFICIAIRE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté :

Sexe : M F

Etat civil : marié(e) célibataire veuf(ve)
 divorcé(e) séparé(e)

N° d'immatriculation en France :

N° d'assurance sociale au Canada :

N° d'assurance maladie du Québec :

Adresse du travailleur :

- dans le pays d'affiliation :

.....

- dans le pays de la nouvelle résidence :

Profession :

2 - PERIODES DE PRISE EN CHARGE DEJA ACCORDEES

La personne désignée au cadre 1 a bénéficié

au titre de l'assurance accidents du travail

au titre de l'assurance maladies professionnelles

- des prestations en nature (soins) pour la période :

du au

- des prestations en espèces (indemnités journalières) pour la période :

du au

Cette personne a déjà bénéficié n'a pas déjà bénéficié

d'une prolongation du droit :

- aux prestations en nature (soins) pour la période :

du au

du au

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

3 - DECISION

Après examen du rapport médical envoyé par l'institution du pays de la nouvelle résidence de la personne intéressée, il a été décidé :

- d'accorder la prolongation du droit aux prestations en nature pour une durée de
du au
- de refuser la prolongation du droit aux prestations en nature.

Motif du refus

.....

.....

4 - VOIES ET DELAIS DE RECOURS DANS LE PAYS D'AFFILIATION

.....

.....

.....

5 - INSTITUTION D'AFFILIATION

Dénomination :

Adresse :

.....

Cachet

Date et Signature

INSTRUCTIONS

La présente notification établie en triple exemplaire est adressée par l'institution d'accidents du travail, d'une part à la personne assurée, d'autre part à l'Institution du pays de nouvelle résidence de cette dernière. L'institution d'accidents conserve le troisième exemplaire par devers-elle.

DEMANDE D'ATTESTATION CONCERNANT LES PERIODES D'EXPOSITION AU RISQUE
(MALADIE PROFESSIONNELLE)

EN FRANCE AU QUEBEC

Art. 25 par. 2 de l'Entente

PARTIE A

1 - PERSONNE ASSUREE

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté :

Sexe : M F

Etat civil : marié(e) célibataire veuf(ve)
 divorcé(e) séparé(e)

N° d'immatriculation en France :

N° d'assurance sociale au Canada :

N° d'assurance maladie du Québec :

Adresse : :
.....

**2 - INSTITUTION DU DERNIER LIEU DE L'EMPLOI SUSCEPTIBLE
DE PROVOQUER LA MALADIE PROFESSIONNELLE**

Dénomination :

Adresse :
.....

Cachet

Date et Signature

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

3 - Demande à l'institution visée au cadre 5 de faire connaître les périodes d'exposition au risque accomplies pour la maladie professionnelle suivante :

.....
..... en France au Québec

concernant la personne visée au cadre 1 qui a formulé le
auprès de ses services une demande de réparation de maladie professionnelle.

4 - INDICATION SUR L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE LA PERSONNE ASSUREE

en France au Québec

Nom ou raison sociale et adresse de l'employeur :

- 1) du au
- 2) du au
- 3) du au
- 4) du au
- 5) du au

PARTIE B

Dénomination :
Adresse :
.....

certifie que la personne désignée au cadre 1 :

a accompli les périodes d'emploi ci-après l'exposant au risque de la maladie professionnelle suivante :
.....
.....

Nom ou raison sociale de l'employeur :	du	au
.....
.....
.....

n'a jamais été exposée au risque de maladie professionnelle décrite au point 3.

Cachet

Date
Signature

(MALADIES PROFESSIONNELLES)
(Remboursement entre institutions)

Art. 25 par. 2 de l'Entente
Art. 50 de l'Arrangement Administratif

1 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TITULAIRE D'UNE RENTE

Nom :

Nom à la naissance si différent (1)

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté :

Sexe : M F

Etat civil : marié(e) célibataire veuf(ve)
 divorcé(e) séparé(e)

N° d'immatriculation en France :

N° d'assurance sociale au Canada :

N° d'assurance maladie du Québec :

Adresse : :
.....

2 - LA RENTE

Point de départ de la rente :

Taux : Montant versé au cours de l'année :

Périodes d'exposition au risque au Québec :

Période d'exposition au risque en France :

Pourcentage à la charge du Québec :

Pourcentage à la charge de la France :

Montant à la charge du Québec :

Montant à la charge de la France :

3 - L'institution du lieu de résidence citée au cadre 4 demande donc le remboursement de la somme de :

.....

(1) Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.

4 - INSTITUTION DU LIEU DE RESIDENCE

Dénomination :	
Adresse :	
.....	
Date	
Cachet	Signature

INSTRUCTIONS

Ce formulaire sera établi en double exemplaire par l'institution du lieu de résidence de la personne titulaire d'une rente, un exemplaire sera adressé à l'organisme de liaison de l'autre pays.

Les créances seront présentées chaque année.

RELEVÉ INDIVIDUEL DES DEPENSES EFFECTIVES

Art. 7, 8, 9, 11, 22 et 43 de l'Entente
Art. 18, 44 et 58 de l'Arrangement Administratif Général

Remplir un formulaire par bénéficiaire.

1 Facture n° (1) 1er semestre 2ème semestre de l'exercice 19...

2 INSTITUTION COMPETENTE DESTINATAIRE

2.1 Dénomination :

Adresse :

.....

3 PERSONNE ASSUREE

Nom :

Nom à la naissance si différent (2)

Prénoms :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nationalité/Citoyenneté : Sexe : M F

Adresse dans le pays d'affiliation :

.....

Adresse dans le pays d'emploi :

.....

N° d'immatriculation (France)

ou :

N° d'assurance maladie (Québec)

N° d'assurance sociale (Canada) :

N° du dossier CSST :

4 MEMBRE DE LA FAMILLE (3)

Nom (4)

Prénoms

Date de
naissance

Lien de
parenté

N° d'assurance
maladie (Québec)

.....

.....

5 - La personne indiquée au cadre 3 au cadre 4

a bénéficié des prestations en vertu de l'article 7 8
 9 11 22 43 de l'Entente au vu du formulaire

..... du

a subi un contrôle médical demandé le

6	DEPENSES EFFECTIVES	6.1 Montant (5)
6.2	Pour prestations en nature servies du au .....	.....
6.3	Soins médicaux .....	.....
6.4	Soins dentaires .....	.....
6.5	Médicaments .....	.....
6.6	Hospitalisation du au .....	.....
	du au .....	.....
6.7	Autres prestations (6) .....	.....
6.8	Contrôles médicaux (7) .....	.....
	TOTAL DES DEPENSES .....	.....

7	INSTITUTION CREANCIERE
7.1	Dénomination :
7.2	Adresse :

7.3	Cachet
	7.4 Date
	7.5 Signature

8	RESERVE A L'INSTITUTION DU PAYS COMPETENT

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractère d'imprimerie, en utilisant les lignes pointillées.

NOTES

- (1) *A indiquer si le renseignement est nécessaire à l'institution créancière.*
- (2) *Pour les institutions françaises, nom de jeune fille.*
- (3) *A indiquer seulement quand le décompte se rapporte à un membre de la famille de la personne assurée lorsque celle-ci relève d'un régime français de Sécurité Sociale.*
- (4) *Pour la France : pour la femme mariée indiquer le nom de jeune fille suivi du nom d'épouse.*
- (5) *Indiquer le montant dans la monnaie nationale.*
- (6) *Indiquer la nature des prestations : soins d'accouchement, prothèses dentaires, prothèses orthopédiques, cures thermales, ambulance, etc.*
- (7) *Les contrôles médicaux doivent être facturés sur un formulaire SE 401-Q-20 indépendant de celui sur lequel seront facturées les autres prestations.*