



MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE

<p>Direction Générale de la forêt et des affaires rurales</p> <p>Sous-Direction de la protection sociale</p> <p>Bureau de l'assujettissement et des cotisations</p> <p>78, rue de Varenne 75349 PARIS 07 SP</p> <p>louis.RANVIER@agriculture.gouv.fr Tel : 01.49.55.83.41 Fax : 01.49.55.80.10 Réf. Classement : J III d</p>	<p>CIRCULAIRE</p> <p>DGFAR/SDPS/C2007-5046</p> <p>Date: 16 juillet 2007</p>
--	--

Date de mise en application : immédiate

Objet : Formulaires d'application de l'Entente en matière de sécurité sociale conclue le 17 décembre 2003 entre la France et le Québec.

Bases juridiques :

- l'Entente en matière de sécurité sociale conclue le 17 décembre 2003 entre la France et le Québec.
- Arrangement administratif d'application de l'Entente, du 30 décembre 2003, et arrangement administratif complémentaire du 26 octobre 2004.

Résumé : Dans l'attente d'une circulaire portant sur l'ensemble des dispositions de la nouvelle Entente en matière de sécurité sociale conclue le 17 décembre 2003 entre la France et le Québec, la circulaire DSS/DACI n° 59 du 5 février 2007 en présente les arrangements administratifs ainsi que les formulaires d'application.

Mots-clés : Entente- sécurité sociale- Québec- arrangements administratifs- formulaires.

Destinataires	
<p>Pour exécution :</p> <ul style="list-style-type: none">- Monsieur le président du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole,- les présidents des conseils d'administration des caisses de mutualité sociale agricole,- le directeur du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS),- les chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles,- les chefs des services départementaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles.	<p>Pour information :</p> <ul style="list-style-type: none">- les préfets de régions et de départements,- les directeurs régionaux de l'agriculture et de la forêt,- les directeurs départementaux de l'agriculture et de la forêt,

La nouvelle Entente en matière de sécurité sociale conclue le 17 décembre 2003 entre la France et le Québec a été publiée au Journal officiel du 21 février 2007 ; elle remplace l'Entente du 12 février 1979.

En raison de la date d'entrée en vigueur de ce nouvel accord, le 1^{er} décembre 2006, la Direction de la sécurité sociale (Division des affaires communautaires et internationales) du Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, a émis la circulaire DSS/DACI n° 59 du 5 février 2007 qui en présente les arrangements administratifs d'application (arrangement administratif général du 30 décembre 2003 et arrangement administratif complémentaire du 26 octobre 2004), également entrés en vigueur le 1^{er} décembre 2006, ainsi que les formulaires de liaison entre les deux pays, dont vous voudrez bien trouver la copie en annexe. Ces formulaires sont, pour les institutions de sécurité sociale, disponibles sur le site du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS).

Les dispositions de la nouvelle Entente feront l'objet d'une prochaine circulaire.

Vous voudrez bien me faire part sous le présent timbre des difficultés d'application de la présente circulaire.

Le Sous-Directeur de la Protection Sociale
Jacques PERRET

**Ministère de la Santé
et des Solidarités
Ministère délégué à la Sécurité
sociale, aux personnes âgées,
aux Personnes handicapées et
à la famille**

Direction de la sécurité sociale
Division des affaires communautaires

Personne chargée du dossier :
Marie PALLIER
tél. : 01 40 56 69 42
fax : 01 40 56 75 55
mél. : marie.pallier@sante.gouv.fr

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Monsieur le Directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

Monsieur le Directeur Général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Monsieur le Directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse

Monsieur le Directeur de la Caisse nationale des allocations familiales

Monsieur le Directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants

Mesdames et Messieurs les directeurs ou responsables des caisses, organismes ou services assurant la gestion d'un régime spécial de sécurité sociale

Monsieur le Directeur du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales

Direction interrégionale de sécurité sociale des Antilles – Guyane

Direction départementale de sécurité sociale de la Réunion

CIRCULAIRE N° DSS/DACI/59 du 5 février 2007 relative à l'entrée en vigueur de la nouvelle Entente en matière de sécurité sociale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Québec et de l'avenant n°1 au Protocole d'Entente franco-québécois relatif à la protection sociale des élèves et étudiants et des participants à la coopération en date du 19 décembre 1998, signés le 17 décembre 2003
Date d'application : 1^{er} décembre 2006

NOR :
Classement thématique :

Résumé : A compter du 01/12/2006,

Mots-clés :

Québec- Entente de sécurité sociale- Protocole d'Entente- Avenant- Détachement

Textes de référence :

- Entente en matière de sécurité sociale, signée le 17 décembre 2003, entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Québec
- Arrangement Administratif d'application de l'Entente entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Québec en matière de sécurité sociale du 30 décembre 2003
- Arrangement Administratif complémentaire du 26 octobre 2004 fixant les modèles de formulaires prévus pour l'application de l'Entente, conclue le 17 décembre 2003 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Québec, et de l'arrangement administratif du 30 décembre 2003
- Avenant n°1 au Protocole d'Entente franco-québécois relatif à la protection sociale des élèves et étudiants et des participants à la coopération en date du 19 décembre 1998

Textes modifiés ou complétés :

- Protocole d'Entente franco-québécois relatif à la protection sociale des élèves et étudiants et des participants à la coopération en date du 19 décembre 1998

Textes abrogés :

- Entente en matière de sécurité sociale du 12 février 1979 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Québec, modifiée par les avenants numéro 1 et 2, à l'exception de l'article 16 pour les cas visés au paragraphe 6 de l'article 59 de la nouvelle Entente du 17 décembre 2003
- Arrangement administratif général du 11 juillet 1980 relatif aux modalités d'application de l'Entente de 1979
- Arrangements administratifs du 21 décembre 1998 portant deuxième et troisième modification de l'arrangement administratif général du 11 juillet 1980 relatif aux modalités d'application de l'Entente
- Circulaire n°DSS/DCI/90-8 du 4 octobre 1990 relative à la mise en vigueur des dispositions de l'avenant du 5 septembre 1984 à l'Entente entre la France et le Québec en matière de sécurité sociale du 12 février 1979
- Circulaire n°DSS/DACI/ 2002/491 du 20 septembre 2002 relative à l'avenant n° 2 de l'Entente franco-québécoise de sécurité sociale du 12 février 1979 et à ses arrangements administratifs.

Annexes :

- Annexe 1 : Arrangement Administratif d'application de l'Entente entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Québec en matière de sécurité sociale du 30 décembre 2003
- Annexe 2 : Arrangement administratif complémentaire du 26 octobre 2004 fixant les modèles de formulaires prévus pour l'application de l'Entente en matière de sécurité sociale, signée le 17 décembre 2003, entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Québec et de l'Arrangement Administratif d'application du 30 décembre 2003
- Annexe 3 : Formulaire SE 401-Q-201: certificat d'assujettissement et annexe au formulaire

SE 401-Q-201

- Annexe 4 : Formulaire SE 401-Q-202 : attestation concernant la carrière d'assurance
- Annexe 5 : Formulaire SE 401-Q-203 : échange d'informations
- Annexe 6 : Formulaire SE 401-Q-204 : instruction de demande de pension de vieillesse ou de survivant par les institutions françaises

- Annexe 7 : Formulaire SE 401-Q-205 : instruction de demande de pension de vieillesse ou de survivant par les institutions québécoises
- Annexe 8 : Formulaire SE 401-Q-206 : pension ou rente d'invalidité
- Annexe 9 : Formulaire SE 401-Q-207 : attestation relative à la totalisation des périodes d'assurance maladie maternité
- Annexe 10 : Formulaire SE 401-Q-208 : attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité pendant un séjour temporaire sur le territoire de l'Etat d'origine
- Annexe 11 : Formulaire SE 401-Q-209 : attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité pendant un séjour en cours de traitement ou d'indemnisation sur le territoire de l'autre Etat contractant
- Annexe 12 : Formulaire SE 401-Q-210 : attestation d'affiliation en vue de l'inscription des personnes à charge
- Annexe 13 : Formulaire SE 401-Q-211 : attestation concernant les prestations relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles
- Annexe 14 : Formulaire SE 401-Q-212 : demande d'attestation concernant les périodes d'exposition au risque
- Annexe 15 : Formulaire SE 401-Q-213 : maladies Professionnelles (remboursement entre institutions)
- Annexe 16 : Formulaire SE 401-Q-214 : relevé individuel des dépenses effectives

La France et le Québec sont liés par deux textes conventionnels distincts : d'une part, l'Entente générale de sécurité sociale du 12 février 1979, amendée par les avenants n°1 du 5 septembre 1984 et n°2 du 19 décembre 1998 et, d'autre part, le Protocole d'Entente du 19 décembre 1998 relatif à la protection sociale des élèves et des étudiants et des participants à la coopération.

Se substituant à l'Entente générale de sécurité sociale du 12 février 1979, une nouvelle Entente en matière de sécurité sociale a été conclue le 17 décembre 2003 entre le Gouvernement de la République française et celui du Québec. Ratifiée par le Parlement français le 13 octobre 2005 et publiée au Journal Officiel du 21 février 2007 (décret n°2007-215 du 19 février 2007), celle-ci est entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2006.

Deux arrangements administratifs définissent ses modalités d'application :

d'une part, l'arrangement administratif d'application de l'Entente entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Québec en matière de sécurité sociale du 30 décembre 2003 ;

d'autre part, l'arrangement administratif complémentaire du 26 octobre 2004 fixant les modèles de formulaires prévus pour l'application de l'Entente, conclue le 17 décembre 2003 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Québec, et de l'arrangement administratif du 30 décembre 2003.

Ceux-ci sont entrés en vigueur à la même date que l'Entente entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Québec en matière de sécurité sociale du 30 décembre 2003, soit le 1^{er} décembre 2006.

Jointes en annexe à la présente circulaire, ces deux arrangements administratifs et les formulaires d'application afférents sont disponibles sur le site du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale : <http://www.cleiss.fr/formulaires/> .

Egalement signé le 17 décembre 2003, un avenant n°1 modifie le Protocole d'Entente relatif à la protection sociale des élèves et des étudiants et des participants à la coopération du 19 décembre 1998. Publié au Journal Officiel du 21 février 2007 (décret n°2007-214 du 19 février 2007), il est entré en vigueur le 1^{er} décembre 2006.

Les changements introduits par l'ensemble de ces nouvelles dispositions seront exposés dans une circulaire à paraître prochainement.

Pour toute difficulté d'application de la présente circulaire, je vous remercie de bien vouloir contacter la Division des affaires communautaires et internationales de la Direction de la sécurité sociale (tel : 01.40.56.73.24 ou 01.40.56.75.43 ; fax : 01.40.56.75.55).

Pour le Ministre et par délégation

Dominique LIBAULT
Directeur de la sécurité sociale

**ARRANGEMENT ADMINISTRATIF
D'APPLICATION DE L'ENTENTE ENTRE LE GOUVERNEMENT DE
LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE ET LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC
EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE**

Conformément à l'article 49 de l'Entente conclue le 17 décembre 2003 entre le gouvernement de la République française et le gouvernement du Québec en matière de sécurité sociale, ci-après appelée « l'Entente », les autorités compétentes représentées par :

Du côté français :

M^{me} Florence LIANOS, chef de la Division des affaires communautaires et internationales, Direction de la sécurité sociale,
Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité;

M. Louis RANVIER, chargé des questions internationales de sécurité sociale, Direction Générale de la forêt et des affaires rurales,
Ministère de l'agriculture, de l'alimentation de la pêche et des affaires rurales;

Du côté québécois :

M. Jean D. MENARD, chef du Service des ententes internationales,
Ministère des Relations internationales;

Désireuses de donner application à l'Entente en vue de préserver la mobilité des personnes entre la France et le Québec,

Sont convenues des dispositions suivantes :

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1^{er}

Définitions

Dans le présent Arrangement administratif, les termes utilisés ont le sens qui leur est attribué dans l'article 1^{er} de l'Entente.

ARTICLE 2

Précisions concernant l'égalité de traitement

Pour l'application des chapitres 3 et 5 du Titre III de l'Entente, eu égard à la législation québécoise, les travailleurs occupés temporairement au Québec et y séjournant légalement sans pour autant y résider au sens de l'article premier de l'Entente bénéficient, sur ce territoire, d'un traitement égal à celui accordé aux personnes qui y résident, en ce qui a trait au service des prestations, conformément aux dispositions de l'article 4 de l'Entente.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LÉGISLATION APPLICABLE

ARTICLE 3

Certificats d'assujettissement

1. Dans les cas visés aux articles 7 à 13 de l'Entente, les institutions de la Partie dont la législation demeure applicable, qui sont désignées ci-dessous, établissent, sur requête de l'employeur ou du travailleur non salarié, un « certificat d'assujettissement » attestant que le travailleur intéressé demeure soumis à cette législation.

Le certificat est délivré :

- a) en ce qui concerne la législation québécoise, par l'organisme de liaison du Québec;
- b) en ce qui concerne la législation française, par la caisse dont relève le travailleur ou, en ce qui concerne les salariés du régime général, par la caisse dans la circonscription de laquelle se trouve l'employeur.

2. Pour l'application du paragraphe 2 de l'article 8 de l'Entente et, s'agissant d'une dérogation concernant des cas individuels, de l'article 13, l'accord préalable à la délivrance d'un certificat d'assujettissement doit être demandé

- a) pour le maintien d'affiliation à la législation québécoise, par l'organisme de liaison du Québec à l'organisme de liaison de la France;

- b) pour le maintien d'affiliation à la législation française,
 - par l'organisme de liaison de la France, s'agissant des assurés des régimes autres que celui des gens de mer;
 - par l'Établissement national des invalides de la marine, s'agissant des assurés du régime des gens de mer;

à l'organisme de liaison du Québec, qui se charge d'obtenir la décision des institutions québécoises compétentes.

3. La décision prise d'un commun accord par les deux Parties est communiquée aux organismes d'affiliation intéressés ainsi qu'au travailleur, le cas échéant par l'intermédiaire de son employeur.
4. Les organismes de liaison peuvent convenir, au besoin, de procédures communes en vue d'améliorer ou de préciser la gestion des certificats d'assujettissement.
5. Pour l'application de l'article 13 de l'Entente, la dérogation à la législation applicable qui porte sur une catégorie de personnes, doit résulter d'un accord conjoint entre le ministère chargé de la sécurité sociale, pour la France et l'organisme de liaison qui se charge d'obtenir la décision des institutions compétentes, pour le Québec.

ARTICLE 4

Emplois d'État

1. Pour l'application du paragraphe 1 de l'article 12 de l'Entente, sont considérés comme occupant un emploi d'Etat :

- a) du Québec,
 - les personnes employées par le gouvernement du Québec et régies par la *Loi sur la fonction publique*;
- b) de la France,
 - i) les fonctionnaires et militaires et les personnels assimilés;
 - ii) les personnels salariés autres que ceux visés à l'alinéa i) ci-dessus, au service d'une administration publique française et qui, affectés sur le territoire du Québec, restent soumis au régime de sécurité sociale français.

2. Pour l'application du paragraphe 2 de l'article 12 de l'Entente, sont considérés comme occupant un emploi d'Etat :

- a) du Québec,
 - les recrutés locaux;
- b) de la France,
 - les personnels salariés autres que ceux visés au paragraphe 1 b) ii) ci-dessus au service du gouvernement français

TITRE III

DISPOSITIONS CONCERNANT LES PENSIONS ET PRESTATIONS

Chapitre 1^{er}: pensions de vieillesse et de survivants

ARTICLE 5

Présentation de la demande

1. Pour l'application du chapitre 1^{er} du Titre III de l'Entente, une demande de pension selon la législation d'une Partie est adressée à l'institution compétente de cette Partie par l'intermédiaire de l'institution compétente ou de l'organisme de liaison de l'autre Partie, lorsque le demandeur réside sur le territoire de cette dernière Partie. En cas de résidence sur le territoire d'un Etat tiers, la demande est adressée à l'une ou l'autre des institutions compétentes.

2. En ce qui concerne les demandes de pensions en vertu de la législation québécoise, la Régie des rentes du Québec est l'institution compétente pour toute demande relative à une personne dont les cotisations ont été versées au Régime de rentes du Québec.

ARTICLE 6

Traitement de la demande

1. L'institution compétente ou l'organisme de liaison, par l'intermédiaire duquel la demande de pension est présentée, transmet cette demande à l'institution compétente de l'autre Partie accompagnée des pièces justificatives requises et d'un formulaire de liaison indiquant les périodes d'assurance accomplies et les droits ouverts, le cas échéant, au titre de la législation de la première Partie.

2. Pour l'application de l'article 16 de l'Entente en vue de la totalisation des périodes d'assurance, l'institution compétente d'une Partie demande à celle de l'autre Partie un relevé indiquant les périodes d'assurance reconnues en vertu de la législation que cette dernière applique.

3. Les renseignements relatifs à l'état civil inscrits sur le formulaire de demande sont certifiés par l'institution ou l'organisme qui transmet cette demande, ce qui le dispense de faire parvenir les pièces justificatives.

4. Dès qu'elle a pris une décision en vertu de la législation qu'elle applique, l'institution compétente la notifie à la personne requérante et lui indique des voies et délais de recours prévus par cette législation; elle en informe également l'institution ou l'organisme de l'autre Partie par l'intermédiaire duquel la demande a été présentée, en utilisant le formulaire de liaison.

Chapitre 2 : pensions d'invalidité

ARTICLE 7

Présentation et traitement de la demande

1. Pour l'application de l'article 21 de l'Entente, la demande de pension d'invalidité doit être adressée à l'institution dont relevait l'intéressé au moment où est survenue l'invalidité, selon les modalités prévues par la législation que cette institution est chargée d'appliquer.
2. Toutefois, si cette personne réside sur le territoire de l'autre Partie, elle peut adresser sa demande à l'institution située sur ce même territoire, selon les modalités prévues par la législation de cette Partie. Cette institution fait parvenir la demande, accompagnée des documents médicaux requis ou d'un rapport médical et d'un relevé des périodes d'assurance accomplies sous la législation qu'elle applique, à l'institution dont relevait l'intéressé au moment où est survenue l'invalidité.

ARTICLE 8

Montant de la pension d'invalidité et modalités de calcul de la Régie des Rentes du Québec

Pour l'application des paragraphes 2 et 6 de l'article 21 de l'Entente, lorsqu'une pension d'invalidité est liquidée par le Québec, le montant de la pension payable au cotisant est égal à la somme du montant total de la partie fixe et du montant de la partie reliée aux gains établi sur l'ensemble des périodes d'assurance prises en compte. Le montant de la pension payable aux enfants de ce cotisant est celui qui est fixé par la législation du Québec.

ARTICLE 9

Examen de la demande par l'institution de l'autre Partie; Prise en compte des périodes d'assurance accomplies dans l'autre Partie pour le calcul des pensions d'invalidité et répartition de la charge

1. Dans le cas prévu au paragraphe 5 de l'article 21 de l'Entente, l'institution qui a opposé le refus transmet la demande à l'institution de l'autre Partie accompagnée des documents médicaux dont elle dispose ou d'un rapport médical et du relevé des périodes d'assurance accomplies sous la législation qu'elle applique.
2. Pour l'application du paragraphe 1 première phrase de l'article 21 de l'Entente, dans le cas où la législation qu'applique l'institution à laquelle la demande a été transmise requiert, pour l'ouverture des droits, un nombre d'heures d'activité déterminé, un jour d'assurance est équivalent à 6 heures de travail.
3. Dans tous les cas où l'institution compétente, eu égard aux dispositions soit du paragraphe 2 soit du paragraphe 6 de l'article 21 de l'Entente, attribue une pension d'invalidité, l'institution de l'autre Partie ne peut pour quelque motif que ce soit refuser que la charge en soit répartie.

ARTICLE 10

Échange d'informations relatif aux pensions d'invalidité

1. Les institutions s'informent mutuellement de l'attribution de pensions d'invalidité liquidées conformément aux dispositions des paragraphes 1 à 4 ou du paragraphe 6 de l'article 21 de l'Entente, au moyen du formulaire prévu à cet effet.

2. Pour l'application du paragraphe 7 de l'article 21 de l'Entente :

- a) l'institution française compétente informe la Régie des rentes du Québec de l'octroi d'une pension de vieillesse à l'égard de la personne bénéficiant d'une pension d'invalidité à charge partagée, afin qu'il soit mis fin à la répartition de la charge, à compter de la date d'ouverture du droit à la pension de vieillesse;
- b) lorsqu'une personne qui a atteint l'âge minimal requis pour l'octroi d'une pension de vieillesse au titre de la législation française présente une demande de pension d'invalidité à la Régie des rentes du Québec, cette dernière établit le montant de la pension due, le cas échéant, sans répartition de la charge et invite cette personne à faire valoir également son droit à une pension de vieillesse au titre de la législation française;
- c) si toutefois cette personne saisit la Régie des rentes du Québec du rejet ou du report de sa demande de pension de vieillesse au titre de la législation française, la Régie, d'un commun accord avec l'institution française compétente, révisé le montant de la pension d'invalidité en tenant compte des périodes d'assurance accomplies sous la législation française et communique à cette dernière institution le résultat de cette révision, conformément aux dispositions du paragraphe 1 du présent article.

3. Dans les situations visées aux paragraphes 1 et 2 de l'article 22 de l'Entente, les avis de suspension, cessation ou reprise du service des prestations sont communiqués avec les états de compte établis pour les demandes de remboursement.

Chapitre 3 : prestations maladie et maternité

ARTICLE 11

Détermination des personnes à charge

1. Pour l'application des paragraphes 1 et 2 de l'article 24 de l'Entente, les personnes à charge sont respectivement déterminées conformément à la législation applicable sur le territoire de travail ou de résidence.

2. Pour l'application des articles 25, 26 et 28 de l'Entente, les personnes à charge sont déterminées conformément à la législation qu'applique l'institution qui a la charge des prestations.

ARTICLE 12

Formalités relatives à l'ouverture, au maintien ou au recouvrement du droit aux prestations

1. Pour l'application des articles 23 et 24 de l'Entente, lorsqu'il est nécessaire de recourir à la totalisation des périodes d'assurance, l'information sur les périodes précédemment accomplies est fournie par l'institution de la Partie à la législation de laquelle la personne a été soumise antérieurement au moyen d'une « attestation des périodes d'assurance liées à l'emploi ou à la résidence en matière d'assurance maladie, maternité, décès ». Cette attestation est délivrée soit à la demande de la personne intéressée, soit à la demande de la nouvelle institution compétente.
2. Pour bénéficier des prestations en nature sur le territoire du Québec, toute personne doit s'inscrire auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec en utilisant le formulaire d'inscription prévu à cette fin et en présentant, outre les documents correspondant à son statut d'immigration au Québec et le cas échéant une preuve de l'établissement de son domicile, l'attestation mentionnée au paragraphe 1 du présent article. Le droit aux prestations est établi dès réception de ce formulaire par la Régie de l'assurance maladie du Québec avec effet rétroactif à la date d'arrivée de cette personne.
3. Pour bénéficier des prestations en nature sur le territoire de la France, toute personne doit être inscrite, dans les conditions prévues par la législation française compte tenu de sa situation, auprès de l'institution compétente eu égard à ladite situation, et justifier en tant que de besoin de son affiliation antérieure à la Régie de l'assurance maladie du Québec en présentant l'attestation mentionnée au paragraphe 1 du présent article. Ces prestations lui sont alors accordées dès le jour de son arrivée sur ce territoire.
4. Dans le cas où pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces prévues par la législation française, l'institution compétente doit faire appel aux périodes d'emploi au Québec ainsi que prévu au paragraphe 1 de l'article 27, la personne assurée doit présenter tout document permettant d'attester de la durée effective d'activité pendant ces périodes d'emploi.

ARTICLE 13

Formalités en cas de séjour temporaire sur le territoire de la Partie d'origine

1. Pour l'application du paragraphe 1 de l'article 25 de l'Entente, la personne assurée ou l'une de ses personnes à charge présente à l'institution du lieu de séjour une attestation de droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité. Cette attestation peut être établie pour une période maximale de trois mois.

Cette attestation est présentée dans le cas où la personne assurée ou l'une de ses personnes à charge sollicite le service de prestations en nature :

- a) au Québec, auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec afin que cette institution procède à son inscription;
 - b) en France, auprès de la caisse primaire de l'assurance maladie territorialement compétente eu égard au lieu où les soins sont reçus.
2. Si lors de l'inscription ou de la présentation de la demande de prestations, une personne n'est pas en possession du formulaire mentionné au paragraphe 1 du présent article, elle doit en faire la demande à l'institution dont elle relève. Lorsque pour un motif grave, cette personne n'est pas en mesure de faire elle-même cette demande, celle-ci peut être faite par l'intermédiaire de l'institution du lieu de séjour. Le droit aux prestations est alors établi avec effet à la date du début des soins.
3. Le délai de trois mois visé au paragraphe 3 de l'article 25 débute à la date initiale des soins. Si à l'expiration de ce délai de trois mois, l'état de santé de la personne prise en charge nécessite, selon l'avis du médecin traitant, la poursuite du service des prestations en nature, ce service peut être poursuivi dans la limite d'un nouveau délai de trois mois pour autant que l'institution compétente ait donné son avis favorable en renouvelant l'attestation mentionnée au paragraphe 1 du présent article.

ARTICLE 14

Formalités en cas de transfert du lieu de séjour en cours de traitement ou d'indemnisation

1. Pour l'application du paragraphe 1 de l'article 26 de l'Entente, la personne assurée ou l'une de ses personnes à charge est tenue de présenter à l'institution du lieu de séjour une attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité.
2. Cette attestation est délivrée par l'institution compétente, sur demande de l'intéressé préalablement à son départ, et comporte obligatoirement l'indication de la durée du service des prestations dans la limite de la durée initiale de trois mois. Toutefois, la période initiale de validité de l'attestation peut être exceptionnellement supérieure à trois mois si la durée prévisible des prestations le justifie. En cas de maternité, l'attestation délivrée dans les mêmes conditions qu'en cas de maladie, est valable pour l'octroi des prestations en nature jusqu'à la fin de la période d'indemnisation au titre de la maternité prévue par la législation que l'institution compétente applique.

Dans le cas où elle est demandée par une personne assurée du régime français qui, conformément aux dispositions du paragraphe 2 de l'article 27 de l'Entente, a droit à des prestations en espèces, l'attestation est délivrée après que le médecin-conseil ait donné son accord au déplacement.

3. - Au Québec, cette attestation est présentée à la Régie de l'assurance maladie du Québec afin que cet organisme procède à l'inscription de la personne assurée ou de la personne à charge.

- En France, cette attestation est remise auprès de la caisse primaire d'assurance maladie territorialement compétente eu égard au lieu où sont reçus les soins.

4.- Si lors de l'inscription ou de la présentation de la demande, une personne n'est pas en possession du formulaire mentionné au paragraphe 1 du présent article, elle doit en faire la demande à l'institution dont elle relève. Lorsque pour un motif grave, cette personne n'est pas en mesure de faire elle-même cette demande, celle-ci peut être faite par l'intermédiaire de l'institution du lieu de séjour. Le droit aux prestations est alors établi avec effet à la date à laquelle le transfert du lieu de séjour est intervenu.

5.- Si l'état de santé de la personne assurée ou de la personne à charge nécessite une prolongation des soins au-delà de la période initialement prévue dans l'attestation délivrée, l'institution du lieu de séjour, soit de sa propre initiative, soit à la demande de la personne assurée, sollicite le renouvellement de l'attestation.

L'institution compétente accorde la prolongation pour autant que le droit aux prestations soit toujours ouvert au regard de sa législation dans la limite des 3 mois supplémentaires ou d'un délai plus long en cas de maladie présentant un caractère d'exceptionnelle gravité. Elle peut, en tant que de besoin, solliciter de l'institution du lieu de séjour un contrôle médical dont les résultats lui sont communiqués.

En cas de refus de la prolongation, les motifs du refus et les voies de recours dont dispose l'intéressé lui sont notifiés ainsi qu'à l'institution du lieu de séjour.

ARTICLE 15

Formalités préalables au service des prestations aux travailleurs détachés et personnes à charge

1. Pour l'application des paragraphes 1 et 2 de l'article 28 de l'Entente, le travailleur qui a choisi de s'adresser à l'institution de la Partie sur le territoire de laquelle il séjourne, doit présenter à cette institution son « certificat d'assujettissement ».
2. En France, ce certificat est déposé auprès de la caisse primaire de l'assurance maladie du lieu de séjour. La caisse dépositaire du certificat en informe l'organisme de liaison du Québec en lui retournant la fiche annexée à ce certificat d'assujettissement qui comporte son identification et celle du travailleur.
3. Au Québec, ce certificat est présenté à la Régie de l'assurance maladie du Québec qui procède à l'inscription de la personne assurée. Lors de son inscription, cette personne peut adhérer au régime général d'assurance médicaments, sans verser de prime, si elle fait la preuve qu'elle n'a accès au Québec à aucun régime d'assurance collectif prévoyant le remboursement des frais relatifs aux médicaments.
4. Les dispositions des paragraphes 2 et 3 s'appliquent par analogie aux personnes à charge du travailleur.

ARTICLE 16

Dispositions particulières concernant les assurés du régime français pour les prestations en espèces et le contrôle médical en cas d'arrêt de travail

1. Pour bénéficier des prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité, prévues par la législation française, la personne assurée visée aux articles 25 et 28 de l'Entente doit adresser à l'institution française compétente, dans un délai de trois jours après le début de l'incapacité de travail, sauf cas de force majeure, un avis d'arrêt de travail ou un certificat d'incapacité de travail délivré par le médecin traitant.
2. Les dispositions du paragraphe 1 du présent article sont applicables en cas de prolongation d'un arrêt de travail de la personne visée aux articles 25, 26 ou 28 de l'Entente. L'institution compétente examine les droits de l'intéressé et lui notifie directement sa décision en lui indiquant les voies et délais de recours dont il dispose.
3. L'institution compétente avisée d'un arrêt de travail peut, à tout moment, et plus particulièrement en cas de prolongation d'un arrêt de travail antérieur, solliciter de la Régie de l'assurance maladie du Québec un contrôle médical dont les résultats lui seront communiqués dans les meilleurs délais.

ARTICLE 17

Formalités incombant aux personnes à charge résidant sur le territoire de l'autre Partie

Les personnes visées à l'article 29 de l'Entente bénéficient des prestations servies par l'institution du lieu de résidence dans les conditions suivantes.

Dans le cas d'une personne à charge qui revient résider au Québec, les dispositions des paragraphes 1 et 2 de l'article 12 du présent arrangement sont applicables par analogie.

La personne à charge qui réside ou revient résider en France, doit se faire inscrire à la caisse primaire de l'assurance maladie de son lieu de résidence en présentant un formulaire délivré par la Régie de l'assurance maladie du Québec et attestant du statut d'assurée de la personne ouvrant droit aux prestations. Ce formulaire est délivré à la demande de l'assuré ou de la caisse primaire d'assurance maladie et est valable pour une période maximale de douze mois, dont le point de départ ne peut précéder la date de début de couverture de cette personne assurée, en vertu de la législation québécoise.

ARTICLE 18

Formalités incombant aux titulaires d'une pension ou d'une rente

Pour l'application de l'article 30 de l'Entente, les dispositions des paragraphes 1 à 3 de l'article 12 du présent arrangement sont applicables par analogie.

Chapitre 4 : néant

Chapitre 5: prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

ARTICLE 19

Détermination des institutions

Pour l'application des articles 34 à 43 de l'Entente :

- a) les institutions d'affiliation, en matière de législation québécoise ou française, sont respectivement la Commission de la santé et de la sécurité du travail, ci-après nommée la « CSST », et la caisse de sécurité sociale dont relève le travailleur;
- b) l' institution du lieu de séjour ou de résidence est, au Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail et en France, la caisse du lieu de séjour ou de résidence du travailleur.

ARTICLE 20

Demande de prestations en vertu de la législation de l'autre Partie

1. Pour l'application de l'article 34 de l'Entente :

- a) si l'atteinte ou l'accident survient en France,
l'institution du lieu de séjour adresse à l'institution d'affiliation une demande de prise en charge accompagnée d'une attestation médicale et d'une déclaration décrivant l'endroit et les circonstances entourant la survenance de la lésion professionnelle, signée par le travailleur ou par son représentant;
- b) si l'atteinte ou l'accident survient au Québec,
la CSST, lorsqu'elle est saisie d'une demande en faveur d'un travailleur relevant de la législation française, la transmet à l'institution d'affiliation, selon les modalités fixées à l'alinéa a) du présent paragraphe.

2. L'institution d'affiliation qui reçoit une demande de prestations communique sans tarder sa décision à l'institution du lieu de séjour, sur la base des renseignements fournis par cette dernière, à l'aide du formulaire prévu à cet effet. En cas de décision négative, les prestations sont servies, *conformément aux* dispositions générales applicables aux personnes visées à l'article 28 de l'Entente.

3. Pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces, le travailleur détaché ou le travailleur autonome assuré volontairement, adresse sa demande directement à l'institution d'affiliation conformément aux dispositions de la législation que cette dernière applique.
4. Lorsque le travailleur demande à bénéficier d'une prolongation du service des prestations au-delà de la durée prévue sur le formulaire, il adresse sa requête, accompagnée des pièces médicales justificatives, à l'institution d'affiliation, soit directement, soit par l'entremise de l'institution du lieu de séjour.
5. Si les pièces médicales fournies sont insuffisantes pour permettre à l'institution d'affiliation de prendre une décision, cette institution demande alors à l'institution du lieu de séjour de faire procéder par son contrôle médical à l'examen de l'intéressé, en spécifiant la nature des renseignements additionnels requis.
6. L'institution d'affiliation communique sa décision au travailleur, à l'aide d'un formulaire précisant la durée de prolongation du service et la nature des prestations consenties ou, le cas échéant, le motif de refus et les voies et délais de recours dont dispose ce travailleur.

ARTICLE 21

Maintien des prestations sur le territoire de séjour ou de nouvelle résidence

1. Le travailleur visé à l'article 35 de l'Entente, est tenu de présenter à l'institution du lieu de séjour ou de nouvelle résidence, un formulaire attestant que l'institution d'affiliation l'autorise à conserver le bénéfice des prestations en nature après son transfert de résidence.
2. Lorsque, pour un motif grave, le formulaire visé au paragraphe 1 n'a pu être établi antérieurement au transfert de résidence du travailleur, l'institution d'affiliation peut, sur demande de ce travailleur ou de l'institution du lieu de séjour ou de nouvelle résidence, délivrer ce formulaire postérieurement au transfert de résidence.
3. Lorsque le travailleur demande à bénéficier d'une prolongation du service des prestations au-delà de la durée prévue, les dispositions des paragraphes 4, 5 et 6 de l'article 20 sont applicables.

ARTICLE 22

Rechute après transfert de résidence

1. Pour bénéficier des prestations en cas de rechute ou d'aggravation, le travailleur visé à l'article 36 ou 37 de l'Entente en fait la demande à l'institution du lieu de sa nouvelle résidence, accompagnée des pièces médicales nécessaires, en précisant qu'il a déjà reçu des prestations de l'institution de l'autre Partie à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.
2. L'institution du lieu de séjour transmet cette demande, ainsi que les pièces médicales qui l'accompagnent, à l'institution qui a reconnu l'accident du travail pour décision. Cette dernière procède alors conformément aux dispositions des paragraphes 5 et 6 de l'article 20 du présent Arrangement.
3. Une demande adressée directement à l'institution qui a reconnu l'accident du travail est recevable.

ARTICLE 23

Octroi de prestations en nature de grande importance

1. Pour l'application de l'article 40 de l'Entente, lorsque l'institution du lieu de séjour ou de résidence prévoit l'octroi de prothèses, de grand appareillage ou d'autres prestations en nature de grande importance, elle demande à l'institution d'affiliation de lui transmettre sa décision concernant un tel octroi, sur le formulaire qui sera transmis au travailleur. Si toutefois ces prestations ont déjà été accordées en raison d'une urgence, l'institution du lieu de séjour ou de résidence en avise l'institution d'affiliation et l'accusé de réception de cet avis tient alors lieu d'autorisation rétroactive.
2. Les prestations sont servies dans les conditions et selon les formes prescrites par la législation de l'institution du lieu de séjour, sauf avis contraire de l'institution d'affiliation.

ARTICLE 24

Appréciation du degré d'incapacité

Pour l'application de l'article 41 de l'Entente, le travailleur et l'institution à laquelle il était affilié antérieurement doivent fournir à l'institution qui traite la demande, à la requête de cette dernière et dans la mesure où ils sont nécessaires au traitement de cette demande, les renseignements relatifs aux accidents du travail ou aux maladies professionnelles survenus ou constatés sous la législation d'affiliation antérieure.

ARTICLE 25

Double exposition au même risque

1. Lorsque l'institution compétente de la Partie sur le territoire de laquelle la victime a exercé en dernier lieu un travail susceptible de provoquer la maladie professionnelle constate que la victime ou ses personnes à charge ne satisfont pas aux conditions de sa législation, compte tenu des dispositions des paragraphes 2 et 3 de l'article 42 de l'Entente, ladite institution :
 - a) transmet sans délai à l'institution de l'autre Partie la décision et les pièces qui l'accompagnent ainsi qu'une copie de l'avis visé ci-dessous ;
 - b) avise simultanément le travailleur de sa décision de rejet dans laquelle elle indique notamment les conditions qui font défaut pour bénéficier des prestations, les voies et délais de recours prévus par la loi et la transmission de la déclaration à l'institution de l'autre Partie.
2. En cas d'introduction d'un recours contre la décision de rejet de l'institution de la Partie sur le territoire de laquelle la victime a exercé en dernier lieu le travail susceptible de provoquer la maladie professionnelle considérée, cette institution est tenue d'en informer l'institution de l'autre Partie et de lui faire connaître ultérieurement toute décision définitive rendue.

ARTICLE 26

Avis en cas de charge partagée

Pour l'application du paragraphe 5 de l'article 42 de l'Entente, l'institution qui assure le service des prestations fait parvenir à l'organisme de liaison de l'autre Partie un avis initial dans lequel elle indique le montant des prestations servies au travailleur ou à ses personnes à charge, la période de travail susceptible de provoquer la maladie professionnelle accomplie sur le territoire de chacune des Parties et le montant de la quote-part incombant à chacune des institutions compétentes.

ARTICLE 27

Aggravation d'une maladie professionnelle indemnisée

1. Pour l'application de l'article 43 de l'Entente, le travailleur est tenu de fournir à l'institution compétente du lieu de sa nouvelle résidence les renseignements nécessaires relatifs aux prestations antérieurement reçues en raison de la maladie professionnelle en cause. Si ladite institution l'estime nécessaire, elle peut s'adresser à l'institution qui a servi ces prestations à ce travailleur afin d'obtenir toute précision à leur sujet.
2. Dans le cas envisagé à l'alinéa a) de l'article 43 de l'Entente, une copie de la décision de refus notifié au travailleur par l'institution du lieu de sa nouvelle résidence est adressée à l'institution compétente de l'autre Partie. Ces institutions s'échangent tous renseignements utiles à la détermination de l'état de santé du travailleur.
3. Dans le cas envisagé à l'alinéa b) de l'article 43 de l'Entente, l'institution qui assume la charge du montant du supplément en avise l'institution de l'autre Partie.

Chapitre 6 : néant

Chapitre 7 : prestations familiales

ARTICLE 28

Prestations familiales au titre de chacune des législations

L'expression « prestations familiales » désigne :

- a) s'agissant de la législation québécoise, toutes les prestations définies dans la Loi sur les prestations familiales;
- b) s'agissant de la législation française, les allocations familiales et l'allocation pour jeune enfant dans sa partie versée jusqu'aux trois mois de l'enfant.

ARTICLE 29

Demande de prestations familiales

Pour l'application de l'article 47 de l'Entente, les prestations familiales sont payables à l'égard des enfants à charge, dès le premier jour du mois suivant l'arrivée de ces derniers sur le nouveau territoire de séjour ou de résidence pour autant que :

- a) s'agissant du Québec, la demande en soit faite à la Régie des rentes du Québec, conformément aux dispositions de la législation en vigueur sur ce territoire;
- b) s'agissant de la France, l'ouvrant droit et les enfants justifient de la régularité de leur séjour et que la demande de prestations soit faite à la caisse d'allocations familiales de leur lieu de séjour ou de résidence.

ARTICLE 30

Avis aux institutions compétentes

Les personnes visées à l'article 48 de l'Entente, se rendant du Québec en France, doivent, pour obtenir les prestations familiales québécoises, fournir à la Régie des rentes du Québec le certificat dont il est fait mention à l'article 3 du présent Arrangement. Les personnes se rendant de France au Québec doivent en informer leur caisse d'allocations familiales.

TITRE IV
DISPOSITIONS FINANCIÈRES ET DIVERSES

ARTICLE 31

Organismes de liaison

Conformément aux dispositions du paragraphe 2 de l'article 49 de l'Entente, les organismes de liaison désignés par chaque Partie sont :

- a) pour le Québec,
le Bureau des ententes de sécurité sociale de la Régie des rentes du Québec ou tout autre organisme que l'autorité compétente du Québec pourra subséquemment désigner;

- b) pour la France,
le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale.

ARTICLE 32

Date de réception d'une demande

La date de réception d'une demande de pension, de prestation ou d'allocation par l'institution compétente ou l'organisme de liaison d'une Partie vaut date de réception par l'institution compétente de l'autre Partie même si aucune pension, prestation ni allocation n'est payable en vertu de la législation de la première Partie.

ARTICLE 33

Expertises et contrôles

1. L'institution compétente d'une Partie qui verse une pension ou une prestation à une personne qui réside ou séjourne sur le territoire de l'autre Partie peut faire examiner cette personne par un médecin de son choix et selon les conditions prévues par sa propre législation.

2. Lorsqu'à la suite d'une demande de contrôle de l'institution qui verse la pension d'invalidité, il est constaté que le bénéficiaire a repris le travail sur le territoire de l'autre Partie, un rapport est adressé à ladite institution, par l'institution du lieu de résidence du bénéficiaire.

ARTICLE 34

Remboursement entre institutions

1. Les prestations en nature servies en application des articles 25, 26 et 28 de l'Entente sont remboursées sur la base des dépenses effectuées par l'institution du lieu de séjour, telles que décrites sur les relevés individuels qu'elle présente et pouvant comprendre, s'agissant du Québec, une majoration établie en pourcentage du montant des consultations et examens médicaux hors hospitalisation facturés à l'acte pour prendre en compte ceux qui ne font pas l'objet d'une telle facturation. Le taux est fixé à 15 % et peut évoluer par accord entre les autorités compétentes ou les organismes désignés à cet effet, sur la base de la justification de l'évolution du financement des actes médicaux au Québec. Le montant des dépenses d'hospitalisation est établi sur la base des prix de journée.

2. Les prestations en nature servies en application de l'article 39 de l'Entente sont remboursées sur la base des dépenses effectuées par l'institution du lieu de séjour telles que décrites sur les relevés individuels qu'elle présente.

3. Les relevés de dépenses établis par les institutions françaises sont centralisés par l'organisme de liaison français et adressés semestriellement, accompagnés d'un bordereau récapitulatif dont un double est adressé à l'organisme de liaison du Québec, s'agissant des dépenses en matière de soins de santé, à la Régie de l'assurance maladie du Québec et s'agissant des dépenses en matière d'accident du travail à la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Ces deux organismes adressent semestriellement, accompagné d'un bordereau récapitulatif, les relevés de dépenses établis au Québec à l'organisme de liaison français.

4. Pour l'application du paragraphe 4 de l'article 21 et du paragraphe 5 de l'article 42 de l'Entente, à la fin de chaque année civile, l'institution qui a servi les pensions et prestations adresse à l'organisme de liaison de la première Partie un état des pensions et prestations servies en indiquant le montant versé et la part qui incombe à l'institution de l'autre Partie. L'organisme de liaison de la première Partie présente cette facturation à l'autre Partie.

5. Pour l'application de l'article 53 de l'Entente, à la fin de chaque année civile, l'institution compétente de chaque Partie, qui a effectué des contrôles ou expertises, adresse à l'organisme de liaison les relevés individuels des frais encourus. L'organisme de liaison de cette Partie présente ces relevés à l'organisme de liaison de l'autre Partie en vue de leur remboursement.

6. Chacune des institutions débitrices paie les sommes dues à l'autre dans le semestre suivant la date de réception des demandes de remboursement, adressées conformément aux dispositions des paragraphes 3, 4 et 5 du présent article.

ARTICLE 35

Contestation de remboursement

1. Lorsqu'à la suite d'une vérification de relevés ou d'état des dépenses à rembourser visés à l'article 34 du présent arrangement, une Partie conteste certains montants, elle effectue, sans retard, le remboursement des seuls montants sur lesquels elle est d'accord, en joignant pour les autres montants un avis qui expose les motifs de sa contestation.

2. La Partie qui reçoit une contestation l'examine et fait part à l'autre de ses constatations dans les plus brefs délais. S'il s'avère que la contestation n'est pas justifiée, la créance est réintroduite avec des pièces justificatives. Le règlement intervient lors de la présentation de l'état de compte suivant.

ARTICLE 36

Répétition de l'indu

Dans le cas de versement indu de pension ou de prestation à charge partagée, il incombe à l'institution qui en a assuré le service de poursuivre la répétition de l'indu, dont le montant sera réparti entre les institutions des deux Parties au prorata établi pour le paiement de la pension ou de la prestation en cause. S'il s'avère que ce montant ne peut être récupéré, la perte en est imputée aux deux institutions selon la même règle.

ARTICLE 37

Formulaires

Les formulaires ou autres documents nécessaires à la mise en œuvre de la procédure prévue par l'Arrangement administratif sont établis d'un commun accord par les institutions compétentes et les organismes responsables de l'application de l'Entente pour chacune des Parties. Ils sont annexés à un Arrangement administratif complémentaire.

ARTICLE 38

Données statistiques

Les organismes de liaison de chacune des Parties s'échangent les données statistiques concernant les versements de pensions faits, au cours de chaque année civile, aux bénéficiaires résidant sur le territoire de l'autre Partie. Ces données précisent le nombre de bénéficiaires et le montant des pensions, par catégorie.

TITRE V

DISPOSITIONS FINALES

ARTICLE 39

Le présent Arrangement abroge et remplace l'Arrangement administratif général relatif aux modalités d'application de l'Entente entre le gouvernement de la République française et le gouvernement du Québec en matière de sécurité sociale, conclue le 12 février 1979, l'Arrangement du 15 mai 1987 portant première modification ainsi que les Arrangements du 21 décembre 1998 portant respectivement deuxième et troisième modifications à cet Arrangement administratif général.

Il entre en vigueur à la même date que l'Entente signée le 17 décembre 2003.

Fait à Paris, le 30 décembre 2003,
en deux exemplaires.

et à Québec, le 17 décembre 2003

Pour l'autorité compétente
de la République française

Pour l'autorité compétente
du Québec

Florence LIANOS

Jean D. MENARD

Louis RANVIER

ARRANGEMENT ADMINISTRATIF COMPLÉMENTAIRE

fixant les modèles de formulaires prévus pour l'application de l'Entente sur la sécurité sociale conclue le 17 décembre 2003 entre le gouvernement de la République française et le gouvernement du Québec et de l'Arrangement administratif du 17 décembre 2003 et du 30 décembre 2003.

En application de l'article 37 de l'Arrangement administratif, les autorités compétentes, représentées par :

Du côté français :

Madame Florence LIANOS, Chef de la Division des affaires communautaires et internationales, Direction de la sécurité sociale, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité,

Monsieur Louis RANVIER, Chargé des questions internationales de sécurité sociale, Direction Générale de la forêt et des affaires rurales, Ministère de l'agriculture et de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales.

Du côté québécois :

Monsieur Jean D. MENARD, Chef du Service des ententes internationales, Ministère des Relations internationales.

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

ARTICLE 1^{er}

Les formulaires prévus par l'Arrangement administratif doivent être conformes aux modèles figurant en annexe au présent Arrangement.

ARTICLE 2

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

ARTICLE 3

Le présent Arrangement administratif complémentaire entrera en vigueur à la même date que l'Entente du 17 décembre 2003.

Fait à Paris le 26 octobre 2004
en double exemplaire.

Fait à Québec, le 19 octobre 2004,

**Pour les autorités compétentes
françaises**

**Pour les autorités compétentes
québécoises**

Florence LIANOS

Jean D. MENARD

Louis RANVIER

CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT

- A) Détachement (Article 8-1 de l'Entente)
 B) Activité non salariée (autonome) (Article 7-1 de l'Entente)
 C) Double activité (Article 7-2 de l'Entente)
 D) Détachement initial ou prolongation au-delà de 3 ans (Article 8-2 de l'Entente)
 E) Dérogation exceptionnelle (Article 13 de l'Entente)

1 PERSONNE ASSURÉE

1.1 Nom	1.2 Prénom(s)	1.3 Nom à la naissance si différent
1.4 Date de naissance	1.5 Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
1.6 Adresse personnelle dans l'État d'affiliation		
1.7 Adresse personnelle sur le territoire de travail temporaire (si connue)		
1.8 N° d'assurance sociale (Canada)	1.9 N° de sécurité sociale (France)	1.10 N° d'assurance maladie (Québec)
1.11 N° d'employeur au Québec (NEQ)		

2 PERSONNE(S) A CHARGE QUI ACCOMPAGNE(NT) LA PERSONNE ASSURÉE

NO M	PRE NO M	DATE DE NAISS ANCE	LI EN DE PA RE NT E	N° d'assurance maladie (Québec)

3 SITUATION

3.1	La personne assurée identifiée au cadre 1 exercera une activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Salariée <input type="checkbox"/> Non salariée (autonome)
3.2	à titre de (spécifier l'activité)	

3.3 pour la période du au

4 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOYEUR OU L'ACTIVITE NON SALARIEE (AUTONOME)

4.1
Nom ou raison sociale de l'employeur ou siège de l'activité non salariée dans l'Etat d'affiliation

4.2
Adresse

4.3
Nom ou raison sociale de l'établissement d'accueil sur le territoire de travail temporaire

4.4
Adresse

5 A COMPLETER PAR L'ORGANISME QUI DELIVRE LE CERTIFICAT

La personne visée au cadre 1 demeure assujettie à la législation Québécoise
 Française
en vertu de l'Entente pour la période du au

Dénomination de l'organisme

N° de dossier

**Référence de l'accord
donné par l'organisme
de liaison du pays
d'accueil dans les cas
visés en D) ou E)**

Cachet
Date

.....
Signature

INSTRUCTIONS

(ce formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie)

Au Québec : l'employeur ou la personne non salariée doit compléter les sections 1 à 4 du formulaire et retourner ce dernier à l'organisme chargé de délivrer le certificat. Sur approbation, le formulaire est transmis à la personne assurée avec copie à l'employeur, le cas échéant.

En France : la caisse dont relève le travailleur salarié ou le travailleur non salarié ou, en ce qui concerne les salariés du régime général, la caisse dans la circonscription de laquelle se trouve l'entreprise dont dépend le travailleur, remplit le formulaire, à la demande de l'employeur ou du travailleur non salarié, remet l'original au demandeur et en transmet une copie à l'organisme de liaison du Québec.

Dans les cas visés en D et E, l'approbation préalable de l'organisme de liaison du pays d'accueil est requise.

DUREE POSSIBLE D'EXEMPTION SELON LA SITUATION

N'est pas assujettie au régime de sécurité sociale du pays du lieu de travail temporaire :

- A) la personne salariée détachée pour une période maximale de 3 ans ;
- B) la personne qui y travaille dans le cadre de son activité non salariée habituelle pour une période maximale de 1 an ;
- C) la personne qui exerce une activité reconnue comme non salariée (autonome) sur un territoire et salariée sur l'autre ou vice versa, pour une période inférieure à 3 mois ;
- D) la personne salariée détachée pour une durée initiale ou une prolongation au-delà de 3 ans ;
- E) la personne bénéficiant d'une dérogation exceptionnelle pour une durée déterminée ou non.

PROTECTION MALADIE, MATERNITE ET HOSPITALISATION ⁽¹⁾

La personne assurée visée au cadre 1 peut bénéficier des prestations en NATURE (soins et remboursements) de l'assurance maladie, maternité et hospitalisation sur le territoire de travail temporaire, pour elle-même et les personnes à charge qui l'accompagnent.

Au Québec, elles doivent s'inscrire au préalable à la Régie de l'assurance maladie du Québec en présentant ce formulaire afin d'obtenir une carte d'assurance maladie.

En France, la personne assurée doit présenter ce formulaire à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du lieu de sa résidence temporaire, afin d'obtenir le remboursement des frais engagés. Conformément aux dispositions de l'article 15 §2 de l'arrangement administratif, cette caisse doit signaler à l'organisme québécois l'inscription du travailleur en complétant la fiche annexée.

Les prestations en ESPECES sont versées directement par l'institution d'affiliation et ce, dans la mesure où le travailleur lui transmet l'avis initial ou de prolongation d'arrêt de travail dans les délais prévus.

ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES (ATMP)

Pour bénéficier de prestations en cas d'accident du travail sur le territoire de travail temporaire, la victime :

- demeurée affiliée au régime québécois, doit adresser une réclamation à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ;
- demeurée affiliée au régime français, est tenue d'en informer son employeur par lettre recommandée et de présenter à sa caisse d'affiliation, dans les 48 heures, un avis d'arrêt de travail.

L'institution d'affiliation délivre, sur avis favorable, une attestation SE 401-Q-16 concernant les prestations de l'assurance accidents du travail et la transmet au travailleur en vue de lui permettre de bénéficier des prestations en nature (soins et remboursements) sur le territoire de travail temporaire.

Les prestations en espèces (indemnités) sont versées directement par l'institution d'affiliation.

PRESTATIONS FAMILIALES

Les enfants qui accompagnent la personne assurée par le régime québécois conservent le droit aux allocations familiales du Québec s'ils satisfont aux conditions prévues dans la Loi. Les allocations sont versées directement par la Régie des rentes du Québec. Toute modification dans la composition de la famille doit être notifiée sans retard.

S'il est maintenu au régime français, le travailleur est admissible aux prestations familiales suivantes, pour les enfants l'ayant accompagné, rejoint ou nés durant la période de détachement : allocations familiales et allocation pour jeune enfant jusqu'aux trois mois de l'enfant.

CONDITIONS

Les conditions prévues dans l'Entente et dans les législations concernées doivent être respectées par les employeurs, les employés et les travailleurs non salariés (autonomes). Le défaut de respecter ces conditions peut entraîner un refus de prestations ou l'obligation de rembourser ces dernières.

⁽¹⁾ Les institutions françaises et québécoises ne sont tenues au remboursement des frais encourus sur leur territoire que dans la mesure où les intéressé(e)s se seront adressé(e)s à elles avant la fin de leur séjour de travail sur ce territoire.

CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT
ANNEXE A COMPLETER PAR LA CPAM*(Article 15 par. 3 de l'Arrangement administratif)***1 PERSONNE ASSUREE**

1.1	..... Nom	1.2	..... Prénom(s)	1.3	..... Nom à la naissance, si différent
1.4	..... Date de naissance	1.5	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
1.6	..... Adresse personnelle dans l'État d'affiliation				
1.7	..... Adresse personnelle sur le territoire de travail temporaire (si connue)				
1.8	..... N° d'assurance sociale (Canada)	1.9	..... N° de sécurité sociale (France)	1.10	..... N° d'assurance maladie (Québec)
1.11	..... N° d'employeur au Québec (NEQ)				

La personne mentionnée au cadre 1 est inscrite auprès de l'organisme ci après identifié.

2 A COMPLETER PAR LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

Dénomination de l'organisme	
N° de dossier	
Cachet	..... Date
	..... Signature

ATTESTATION CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE*(Articles 16 et 21 de l'Entente – Articles 5 à 9 de l'Arrangement administratif général)*

Ce formulaire est établi par l'institution auprès de laquelle l'intéressé a formulé sa demande de pension. Dès lors que l'assuré a été soumis à la législation appliquée par l'institution d'instruction il doit être joint à la demande de pension. L'institution de l'autre État contractant adressera, à l'institution d'instruction, au moyen d'un formulaire identique, le relevé des périodes d'assurance accomplies par l'intéressé sous la législation qu'elle applique. Ce document peut également être utilisé lorsque l'assuré qui ne réside pas dans l'État de l'institution compétente réclame uniquement un relevé de ses périodes d'assurance.

1 INSTITUTION DESTINATAIRE

1.1	..... Dénomination
1.2	..... Adresse

2 TRAVAILLEUR

2.1	..... Nom	..... Prénom(s)	..... Nom à la naissance si différent
2.2	..... Date de naissance	..... Lieu de naissance	
	..... Nationalité	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
2.3	..... Adresse		
2.4	..... N° d'immatriculation en France		
2.5	..... N° de dossier CSST		
2.6	..... N° d'assurance sociale au Canada		

4 INSTITUTION QUI REMPLIT LE FORMULAIRE

4.1 .....	.....
Dénomination	
4.2 .....	.....
Adresse	
4.3 Cachet	4.4
	Date
	4.5
	Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de trois pages : aucune d'entre elles ne peut être supprimée même si elle ne contient aucune mention utile.

ÉCHANGE D'INFORMATIONS

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

- 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 pays¹.

Partie A

1 INSTITUTION DU LIEU DE RÉSIDENCE

.....	
Dénomination	.....
.....	
Adresse	.....
.....	
Cachet	.....
	Date

	Signature

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

2 DOCUMENTS FOURNIS

<input type="checkbox"/> Formulaire de demande de prestations en vertu de la législation	<input type="checkbox"/> Française	<input type="checkbox"/> Vieillesse
	<input type="checkbox"/> Québécoise	<input type="checkbox"/> Survie/réversion
		<input type="checkbox"/> Invalidité
<input type="checkbox"/> Demande de révision	.....
	Date de dépôt de la demande	
<input type="checkbox"/> Documentation médicale		
<input type="checkbox"/> Attestation 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)		

3 RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS

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).

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)

4 PERSONNE ASSURÉE

.....
Nom

.....
Nom à la naissance, si différent

.....
Prénom(s)

.....
Date de naissance

.....
Nationalité/Citoyenneté

.....
Lieu de naissance

Sexe M F

.....
N° d'immatriculation en France

.....
N° d'assurance sociale au Canada

.....
Date du décès

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

.....
Nom

.....
Nom à la naissance, si différent

.....
Prénom(s)

.....
Date de naissance

.....
Nationalité/Citoyenneté

.....
Lieu de naissance

Sexe M F

.....
N° d'immatriculation en France

.....
N° d'assurance sociale au Canada

- Prestation mensuelle payée par

Le Québec

La France

Nature de la pension	Date d'effet	Montant	Taux ²

Par totalisation Sans totalisation

Motif pour lesquels aucune prestation n'est versée

.....

.....

Partie B – A compléter par l'institution de l'autre pays

..... Dénomination Adresse Cachet Date Signature
---	--

- Prestation mensuelle payée par Le Québec
 La France

Nature de la pension	Date d'effet	Montant	Taux ¹

Motif 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 une 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, à l'organisme de liaison de son pays, après avoir complété le cadre ci-après.

² Pour les institutions françaises en cas de liquidation de pension de vieillesse.

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	.....

Cachet

.....
Date

.....
Signature

L'institution qui a liquidé la pension d'invalidité doit chaque année, au moyen du formulaire SE 401-Q-203 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 FRANÇAISES***(Articles 15, 16, 17 et 18 de l'Entente)***1 PRESTATION DEMANDÉE** Pension de vieillesse Pension de survivant

Date de dépôt de la demande

Date postérieure éventuellement fixée par le demandeur pour l'entrée en jouissance de la pension de vieillesse

2 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE ASSURÉE

Nom

Nom à la naissance si différent

Prénom(s)

Date de naissance

Nationalité/Citoyenneté

Lieu de naissance

Sexe M F

Situation de famille à la date de la demande

 Célibataire
 Marié(e) Divorcé(e)
 Séparé (e) Veuf(ve)

N° d'immatriculation en France

N° du 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 COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE ASSURÉE

La personne assurée est (ou était si elle est décédée) – n’est pas (ou n’était pas) titulaire d’une ou plusieurs pensions ou rentes françaises (autre que retraite complémentaire) ⁽¹⁾

.....
Nom

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

.....
Numéro de la pension ou de la rente

.....
Date d’attribution

.....
Organisme débiteur

4 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT

.....
Nom

.....
Nom à la naissance si différent

.....
Prénom(s)

.....
Date de naissance

.....
Nationalité/Citoyenneté

.....
Lieu de naissance

Sexe M F

.....
Situation de famille à la date de la demande

.....
Date du mariage

.....
Date du divorce

.....
Date de la disparition

.....
Date du veuvage

.....
Date de la séparation

.....
N° d’immatriculation en France

.....
N° du dossier en France

.....
N° d’assurance sociale au Canada

.....
Adresse (si différente)

5 RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LE CONJOINT

À 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 mois civils précédant cette demande ?

Oui Non Montant ⁽²⁾

Perçoit-il une pension personnelle ?

Oui Non Montant ⁽²⁾

- (1) Rayer la mention inutile
 (2) Préciser la période de référence et la monnaie

5 RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LE CONJOINT (SUITE)

À 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		

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 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 :

À titre personnel :

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

À titre de réversion :

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

5 RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LE CONJOINT (SUITE)

<p>AUTRES RESSOURCES</p> <p>Le conjoint a-t-il des ressources autres que celles déclarées ci-dessus ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, préciser la nature et les montants de ces ressources :</p>			
		Total pour les 3 mois	Total pour les 12 mois
Nature			
Précédant cette demande			
Précédant le décès			
<p>BIENS (à l'exclusion de la maison d'habitation).</p> <p>Le conjoint est-il propriétaire de biens (maisons, terrains, titres, actions, obligations...) autres que ceux de la succession ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si oui, compléter les zones ci-dessous :</p>			
Nature des biens			
Valeur actuelle			
Adresse et commune d'imposition de chaque bien déclaré (s'il s'agit de terrains ou de maisons)			
<p>Le conjoint a-t-il fait donation de biens personnels ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, compléter les zones ci-dessous :</p>			
Nature des biens			
Date de l'acte de donation			
Valeur actuelle			
Adresse et commune d'imposition de chaque bien déclaré (s'il s'agit de terrains ou de maisons)			
Lien de parenté du bénéficiaire avec le donateur			

6 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS

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 anniversaire³.

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 ELEVÉS PAR LE DEMANDEUR (enfants de conjoint, recueillis, 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.

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"/>

7 RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES 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

³ Compléter seulement si la personne assurée est une femme.

- Interné, déporté politique ou de la résistance
- Ouvrière mère de trois enfants

8 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CARRIÈRE D'ASSURANCE

I – En France			
Périodes d'activité professionnelle y compris celles au cours desquelles vous n'avez pas reçu de rémunération.			
Profession	Employeur ⁴ (nom et adresse)	du	au
Périodes assimilées :		du	au
Services militaires			
Chômage			
Maladie - maternité			
- Le cas échéant, organismes auprès desquels l'intéressé déclare avoir cotisé du fait de ses activités indépendantes (dénomination, adresse, n° de cotisant).			
II – A l'étranger (hors de France) y compris au Québec ⁵			
Nom et adresse de l'employeur avec précision du pays	Profession	du	au

⁴ En cas d'activité indépendante indiquer la nature et le niveau d'exercice de celle-ci

⁵ 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)

9 MODE DE PAIEMENT CHOISI PAR LE DEMANDEUR

- C.C.P.
- Compte bancaire
- Livret de caisse d'épargne
- Autre mode de paiement :

Déclaration à faire 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 vérifier⁶

Fait à le

.....
N° de téléphone de signataire

.....
Signature

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

Bureau des ententes de sécurité sociale
1055, boul. René-Lévesque est, 13^e étage
Montréal (Québec) H2L 4S5

10 A REMPLIR PAR L'INSTITUTION QUÉBÉCOISE

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 des⁷ enfants qu'il a eus ou élevés et celui de son conjoint.

Cachet

.....
Date

.....
Signature

⁶ 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).

⁷ Indiquer en toutes lettres le nombre des enfants figurant au cadre 6.

**INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PENSION DE VIEILLESSE OU DE SURVIVANT
PAR LES INSTITUTIONS QUÉBÉCOISES**

Note : Cette demande doit être remplie par le travailleur ou, s'il s'agit d'une demande de prestations de survivants ou de décès, par l'ayant droit qui réclame la prestation.

Veillez écrire en lettres moulées.

1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE COTISANT⁸ AU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC

.....
 Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada

Prénom(s) du cotisant

Nom de famille du cotisant
 Sexe M F

Date de naissance du cotisant (année, mois, jour)

Adresse du cotisant

Dernière province de résidence du cotisant au Canada Date de départ du Canada (année, mois, jour)

Lieu de naissance du cotisant (ville/village, province/territoire, pays)

Prénom(s) et nom à la naissance si différent de celui inscrit ci-dessus ?

État civil du cotisant : Célibataire Veuf Séparé(e) depuis
 Marié(e) Veuve Divorcé(e) depuis

Le cotisant reçoit-il ou a-t-il déjà reçu ou demandé des prestations en vertu :
 du Régime de rentes du Québec ?
 Oui Si « Oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale du Canada
 Non

du Régime de pensions du Canada
 Oui Si « Oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale du Canada
 Non

Le cotisant a-t-il reçu, à son nom, des chèques d'allocations familiales du Québec ou du Canada après le 1^{er} janvier 1966, pour des enfants nés après le 31 décembre 1958 ?
 Oui Si « Oui », répondez aux questions 11 et 12 ci-dessous.
 Non Si « Non », passez directement à la PARTIE 2 sans répondre aux questions 11 et 12.

⁸ Le cotisant signifie la personne qui a versé des contributions au Régime de rentes du Québec

1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE COTISANT¹ AU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC (SUITE)

Inscrivez les prénom, nom de famille et date de naissance de chacun des enfants nés après le 31 décembre 1958 pour lesquels le cotisant a reçu, à son nom, une allocation familiale du Québec ou du Canada après le 1^{er} janvier 1966.

N.B. Joignez le certificat de naissance ou baptême de chacun des enfants inscrits. Ils vous seront retournés.

Prénom (en lettres moulées)	Nom de famille (en lettres moulées)	Date de naissance (année, mois, jour)

S'il y a plus de cinq enfants, joignez une liste sur laquelle vous fournirez les mêmes renseignements que ci-dessus sur chacun.

Depuis la naissance des enfants dont le nom est inscrit à la question 11 jusqu'à leur 7^e anniversaire de naissance, y a-t-il eu des périodes pendant lesquelles aucune allocation familiale du Québec ou du Canada n'a été versée au cotisant pour l'un ou l'autre de ces enfants ?

- Oui Si « Oui », inscrivez le prénom de l'enfant ainsi que la ou les périodes concernées.
 Non

Prénom de l'enfant	Périodes pendant lesquelles aucune allocation familiale du Québec ou du Canada n'a été versée au cotisant (année, mois).			
	de		à	

Si vous n'avez pas suffisamment d'espace, joignez une liste sur laquelle vous fournirez les mêmes renseignements.

2 PRESTATIONS DEMANDÉES (LA PARTIE 1 DOIT ÊTRE REMPLIE)

Quel genre de prestations demandez-vous ?

- Rente de retraite du Régime de rentes du Québec (remplir Partie 3)
 Rente de conjoint survivant du Régime de rentes du Québec (remplir Partie 4)
 Rente d'orphelin du Régime de rentes du Québec (remplir Partie 4)
 Prestation de décès du Régime de rentes du Québec (remplir Partie 5)

3 DEMANDE DE RENTE DE RETRAITE (LA PARTIE 1 DOIT AVOIR ETE REMPLIE)

Travaillez-vous encore ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non », quand avez-vous cessé de travailler ? (année, mois)	
Déclaration du cotisant	Déclaration du témoin quand le cotisant signe d'une croix (x)
Par la présente, je demande une rente de retraite en vertu du Régime de rentes du Québec. Je sais qu'aucune contribution ne pourra être versée au Régime de rentes du Québec une fois que la rente de retraite deviendra payable. Je déclare que, à ma connaissance, les renseignements contenus dans la présente demande sont véridiques et complets. Signature Date de la demande (année, mois, jour) N° de téléphone Note : Si le cotisant signe d'une croix (x), un témoin doit signer la déclaration ci-contre.	J'ai lu le contenu de la présente demande au cotisant qui a semblé comprendre et qui a signé d'une croix (x) Signature du témoin Adresse du témoin Date (année, mois, jour) N° de téléphone

4 DEMANDE DE PRESTATION DE DÉCÈS (LA PARTIE 1 DOIT AVOIR ETE REMPLIE)

..... Date de décès du cotisant (année, mois, jour) Lieu de décès du cotisant (ville/village, province/territoire, pays) Renseignements sur le requérant de la prestation de décès Prénom(s) Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Nom de famille Lien de parenté du requérant avec le cotisant décédé Adresse du requérant Y a-t-il quelqu'un qui s'occupe du règlement de la succession ? <input type="checkbox"/> Oui Si « Oui », indiquez : <input type="checkbox"/> Non Nom et prénom(s) de cette personne Adresse de cette personne À quel titre cette personne s'occupe-t-elle du règlement de la succession ?
--

4 DEMANDE DE PRESTATION DE DÉCÈS (SUITE)

À quel titre réclamez-vous la prestation de décès ?

- À titre d'exécuteur testamentaire
- Parce que vous avez payé des frais de sépulture ou de dernière maladie du cotisant décédé
(Dans ce cas joignez une copie des factures que vous avez acquittées)
- Autre, spécifiez

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 du Québec, la prestation de décès. Je déclare qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets.	J'ai lu le contenu de la présente demande au requérant qui a semblé comprendre et qui a signé d'une croix (x)
Signature	Signature du témoin
Date de la demande (année, mois, jour)	Adresse du témoin
N° de téléphone	Date (année, mois, jour)
* Le requérant signifie la personne qui réclame la prestation. Note : Si le requérant signe d'une croix (x), un témoin doit signer la déclaration ci-contre.	N° de téléphone

5 DEMANDE DE RENTES DE SURVIVANTS (CONJOINT SURVIVANT ET ORPHELIN) (LA PARTIE 1 DOIT AVOIR ETE REMPLIE)

.....

Date de décès du cotisant (année, mois, jour)

.....

Lieu de décès du cotisant (ville/village, province/territoire, pays)

Renseignements sur le conjoint survivant

..... Sexe M F

Prénom(s)

.....

Nom de famille

.....

N° d'assurance sociale au Canada du conjoint survivant

.....

Inscrivez votre adresse à la date du décès du cotisant

.....

Inscrivez votre adresse actuelle si elle est différente

.....

Inscrivez votre date de naissance (année, mois, jour)

.....

Inscrivez votre lieu de naissance (ville/village, province/territoire, pays)

Vos nom et prénom(s) à la naissance étaient-ils les mêmes que ceux indiqués plus haut ?

Oui

Non si « Non », indiquez :

.....

Prénom(s) Nom de famille

5 DEMANDE DE RENTES DE SURVIVANTS (CONJOINT SURVIVANT ET ORPHELIN) (SUITE)

Étiez-vous marié(e) avec le cotisant décédé ?

- Oui Si « Oui », inscrivez la date du mariage
 (Présenter avec la demande le certificat de votre mariage au cotisant décédé)
- Non Si « Non », depuis quand viviez-vous avec le cotisant ?

Étiez-vous marié(e) à une autre personne ?

- Oui
 Non

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

- Oui Si « Oui », inscrivez la date de ce mariage
- Non

Étiez-vous invalide au moment du décès du cotisant ?

- Oui Si « Oui », joignez un rapport médical sur votre invalidité
- Non

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 Si « Oui », joignez un rapport médical sur son invalidité
 et indiquez sa date de naissance
- Non

Recevez-vous ou avez-vous déjà reçu ou demandé des prestations en vertu :

du Régime de rentes du Québec ?

- Oui Si « Oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale du Canada
- Non

du Régime de pensions du Canada ?

- Oui Si « Oui », indiquez sous quel numéro d'assurance sociale du Canada
- Non

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 (année, mois, jour)	Adresse de l'enfant

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

5 DEMANDE DE RENTES DE SURVIVANTS (CONJOINT SURVIVANT ET ORPHELIN) (SUITE)

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

Oui

Si « Oui », indiquez :

Non

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

PENSION OU RENTE D'INVALIDITE

Remboursement entre institutions

*(Article 21 par. 4 de l'Entente
Article 34 par.4 de l'Arrangement administratif)***1 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE TITULAIRE D'UNE PENSION OU RENTE**

.....
Nom
.....
Nom à la naissance si différent
.....
Prénom(s)
.....
Date de naissance Nationalité/citoyenneté
..... Sexe M F
Lieu de naissance
.....
N° d'immatriculation en France
.....
N° d'assurance sociale pour le Québec
.....
Adresse dans le pays de résidence

2 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PENSION OU LA RENTE

.....
Point de départ de la pension ou rente
.....
Taux Montant versé au cours de l'année
.....
Numéro 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
.....
 Suspension
 Suppression
 Transformation de la pension ou rente
.....
Date
.....
Motif

L'institution du lieu de résidence citée au cadre 4 demande donc le remboursement de la somme de
Pour la période du au

4 INSTITUTION DU LIEU DE RESIDENCE

.....	
Dénomination	.....
.....	
Adresse	.....
.....	
Cachet	.....
	Date

	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, à ces formulaires établis pour chaque pensionné sera joint un état récapitulatif des créances.

**ATTESTATION RELATIVE A LA TOTALISATION
DES PERIODES D'ASSURANCE MALADIE MATERNITE**

(Article 23 de l'Entente - Article 12 de l'Arrangement administratif)

- A) Personne travaillant de manière temporaire au Québec
 B) Personne s'établissant au Québec
 C) Personne s'établissant en France

1 PERSONNE ASSUREE ANTERIEUREMENT AU DEPART POUR LE QUEBEC OU POUR LA FRANCE

.....
 Nom

.....
 Nom à la naissance si différent

.....
 Prénom(s)

..... Sexe M F

Date de naissance

.....
 N° d'immatriculation à la sécurité sociale française

.....
 N° d'assurance sociale (Canada)

.....
 N° d'assurance maladie (Québec)

2 PERSONNES QUI ACCOMPAGNENT OU REJOIGNENT LA PERSONNE VISEE EN A) OU B) OU C)

Nom	Prénom(s)	Date de naissance	Sexe	Lien avec la personne assurée

3 A COMPLETER PAR L'INSTITUTION QUI DELIVRE L'ATTESTATION

L'institution signataire ci-dessous atteste : **(cocher toutes les cases pertinentes)**

- Que la personne identifiée au cadre 1 est / était assurée auprès de cette institution pour les prestations maladie maternité jusqu'au
- Que la personne identifiée au cadre 1 ne demeure pas affiliée à cette institution à titre de travailleur détaché ou en tant que non salarié au cours de son activité au Québec ou en France (si elle demeure affiliée, compléter le certificat d'assujettissement SE 401-Q-201) ;
- Que la/les personne(s) identifiée(s) au cadre 2, relève(nt)/relevai(en)t de cette institution ou d'une autre institution québécoise ou française ⁽¹⁾ en qualité d'assuré ou d'ayant(s) droit jusqu'au

.....
Dénomination de l'institution

.....
Adresse

Cachet

.....
Date

.....
Signature

INSTRUCTIONS

Début d'une activité au Québec

Pour obtenir une carte d'assurance maladie du Québec, la personne identifiée au cadre 1 qui séjourne au Québec pour y travailler ou qui vient s'établir au Québec, ainsi que les personnes qui l'accompagnent, doivent s'inscrire auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à l'aide du formulaire d'inscription prévu à cet effet, en y joignant la présente attestation.

Le formulaire d'inscription de la RAMQ s'obtient en téléphonant ou en se présentant à l'un de ses bureaux :
au 425, boul. De Maisonneuve ouest, 3^e étage, Montréal (514) 864-3411
au 1125, chemin Saint-Louis, Sillery, (près de Québec), (418) 646-4636
ou ailleurs au Québec (sans frais) : 1 800 561-9749

Séjour lié au travail

Si la personne assurée identifiée au cadre 1 vient séjourner au Québec à titre de travailleur temporaire, elle doit également présenter un permis de travail délivré par les autorités canadiennes de l'immigration. Ce permis doit faire mention du nom de l'employeur et du lieu de travail au Québec.

Établissement permanent au Québec

Si la personne identifiée au cadre 1 ou 2 vient s'établir au Québec, elle doit également présenter :

- 1) un certificat de sélection délivré par les autorités québécoises de l'immigration ;
- 2) le(s) document(s) permettant de s'établir au Canada, délivré(s) par les autorités canadiennes de l'immigration ;
- 3) et une preuve d'établissement de son domicile au Québec.

Début d'une activité en France

L'assujettissement au régime français est effectué à l'initiative de l'employeur pour le salarié, à l'initiative de l'intéressé pour le travailleur non salarié.

Le présent formulaire ne sera utile que si l'assuré ou l'un de ses ayants droits a besoin de prestations avant de remplir les conditions d'ouverture des droits.

⁽¹⁾ Si une personne identifiée au cadre 2 ne relevait pas de la même institution que la personne identifiée au cadre 1, il appartient à l'institution de cette dernière de vérifier l'appartenance au régime français préalablement à la délivrance de la présente attestation.

**ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE MATERNITE
PENDANT UN SÉJOUR TEMPORAIRE SUR LE TERRITOIRE DE L'ÉTAT D'ORIGINE**

(Article 25 de l'Entente – Article 13 de l'Arrangement administratif)

Séjour temporaire initial *Prolongation*

L'institution compétente remplit le formulaire et le remet à l'intéressé ou l'envoie à l'institution du lieu de séjour si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci, notamment en cas de prolongation.

1 PERSONNE ASSURÉE

.....
Nom

.....
Nom à la naissance si différent

.....
Prénom(s)

..... Sexe M F

.....
Date de naissance

.....
Adresse ⁽¹⁾

.....
N° d'immatriculation en France

.....
N° d'assurance maladie du Québec

2 PERSONNES À CHARGE DE LA PERSONNE ASSURÉE ⁽²⁾

<i>Nom</i>	<i>Prénom(s))</i>	<i>Date de naissan ce</i>	<i>Numéro d'assurance maladie du Québec</i>

.....
Adresse habituelle ⁽¹⁾⁽³⁾

3

Les personnes précitées ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité.
Ces prestations peuvent être servies

Pour toute maladie débutant dans la période duau.....inclus et
pendant un délai maximum de trois mois à compter de la date initiale des soins.

Pendant la période de prolongation duau inclus.

(1) Rue, numéro, code postal, localité, pays.

(2) Indiquer uniquement les personnes à charge qui se rendent temporairement sur l'autre territoire.

(3) À indiquer uniquement quand l'adresse des personnes à charge diffère de celle de l'assuré.

4 INSTITUTION COMPÉTENTE

..... Dénomination	..... Numéro de code ⁽¹⁾
..... Adresse ⁽²⁾	
Cachet	..... Date
	..... Signature

INSTRUCTIONS

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

INDICATIONS POUR L'ASSURÉ ET SES PERSONNES À CHARGE

Les prestations en nature de l'assurance maladie maternité peuvent être servies, sur présentation de ce document, par l'institution compétente du lieu de séjour pour des soins immédiatement nécessaires pour toutes les personnes assurées ainsi que leurs personnes à charge en séjour touristique dans la Partie dont ils possèdent la nationalité ou la citoyenneté.

Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'organisme assureur de la Partie sur le territoire de laquelle il séjourne, c'est-à-dire :

- au Québec : à la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- en France : à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle les soins sont dispensés.

Il appartient au travailleur susceptible de bénéficier de prestations en espèces de l'assurance maladie maternité d'adresser, dans les 48 heures, l'avis d'arrêt de travail directement à l'institution française d'affiliation. En cas de prolongation d'arrêt de travail il appartient à la caisse compétente de délivrer, le cas échéant, une nouvelle attestation de droits aux soins de santé si la première attestation est arrivée à expiration.

(1) A compléter si elle en dispose.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, pays

**ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE MATERNITE
PENDANT UN SÉJOUR EN COURS DE TRAITEMENT OU D'INDEMNISATION SUR LE TERRITOIRE DE
L'AUTRE ÉTAT CONTRACTANT**

(Article 26 de l'Entente – Article 14 de l'Arrangement administratif)

Séjour en cours de traitement ou d'indemnisation

Prolongation

L'institution compétente remplit le formulaire et le remet à l'intéressé ou l'envoie à l'institution du lieu de séjour si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci, notamment en cas de prolongation.

1 **TRAVAILLEUR** **BENEFICIAIRE DE PRESTATIONS DE CHOMAGE**

..... Nom	
..... Nom à la naissance si différent	
..... Prénom(s)	
..... Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
..... Adresse ⁽¹⁾	
..... N° d'immatriculation en France	
..... N° d'assurance maladie du Québec	

2 PERSONNES À CHARGE DE LA PERSONNE ASSURÉE ⁽²⁾

Nom	Prénom(s)	Date de naissance	Numéro d'assurance maladie du Québec
..... Adresse habituelle ^{(1) (3)}			

3

Les personnes précitées ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité.
Ces prestations peuvent être servies :

- Du auinlus.
 Pendant la période de prolongation duau.....inlus.

⁽¹⁾ Rue, numéro, code postal, localité, pays.

⁽²⁾ Indiquer uniquement les personnes à charge qui se rendent temporairement sur l'autre territoire.

⁽³⁾ À indiquer uniquement quand l'adresse des personnes à charge diffère de celle de l'assuré.

4 INSTITUTION COMPETENTE

..... Dénomination	..... Numéro de code ⁽¹⁾
..... Adresse ⁽²⁾	
Cachet	..... Date
	..... Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de deux pages : aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

INDICATIONS POUR L'ASSURÉ ET SES PERSONNES À CHARGE

Les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité peuvent être servies, sur présentation de ce document, par l'institution compétente du lieu de séjour :

- pour les soins nécessaires au travailleur ou au chômeur indemnisé ou l'une de leurs personnes à charge autorisée par l'institution française compétente à transférer temporairement son lieu de séjour sur le territoire du Québec,
- ou
- pour les soins nécessaires à toute personne assurée du régime québécois autorisée par l'institution québécoise compétente à transférer temporairement son lieu de séjour en France.

Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'organisme assureur de la Partie sur le territoire de laquelle il séjourne, c'est-à-dire :

- au Québec : à la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- en France : à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle les soins sont dispensés.

Il appartient au travailleur susceptible de bénéficier de prestations en espèces de l'assurance maladie maternité d'adresser, dans les 48 heures, l'avis d'arrêt de travail directement à l'institution française d'affiliation. En cas de prolongation d'arrêt de travail il appartient à la caisse compétente de délivrer, le cas échéant, une nouvelle attestation de droits aux soins de santé si la première attestation est arrivée à expiration.

⁽¹⁾ À compléter si elle en dispose.

⁽²⁾ Rue, numéro, code postal, localité, pays

ATTESTATION D’AFFILIATION EN VUE DE L’INSCRIPTION DES PERSONNES À CHARGE

(Article 29 de l'Entente – Article 17 de l'Arrangement administratif)

1 PERSONNE ASSURÉE

..... Nom
..... Nom à la naissance si différent
..... Prénom(s)
Date de naissance Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
..... Lieu de naissance
..... Adresse ⁽¹⁾
..... Numéro d'immatriculation en France
..... Numéro d'assurance maladie du Québec
..... Citoyenneté

2 PERSONNES À CHARGE

Nom	Prénom(s)	Date de naissance	Sexe
..... Adresse habituelle ^{(1) (2)}			

3

La personne identifiée au cadre 1 bénéficie de droits aux prestations auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec.
--

4

Ce droit est ouvert à compter du
--

⁽¹⁾ Rue, numéro, code postal, localité, pays.

⁽²⁾ À indiquer uniquement quand l'adresse des personnes à charge diffère de celle de l'assuré.

5 INSTITUTION D’AFFILIATION

Désignation : Régie de l’assurance maladie du Québec	
.....	
Adresse	
.....	
Cachet	.....
	Date

	Signature

INSTRUCTIONS

La présente attestation est établie par la Régie de l’assurance maladie du Québec ; un exemplaire est remis à la personne assurée qui le fait parvenir au(x) membre(s) de sa famille résidant en France.

Ceux-ci sont tenus de se faire inscrire, le cas échéant, auprès de la caisse primaire d’assurance maladie du lieu de résidence en présentant ce formulaire.

La durée de validité de l’attestation est égale à douze mois à compter de la date mentionnée au point 4 à laquelle le droit est ouvert. Avant l’expiration de la période de douze 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.

ATTESTATION CONCERNANT LES PRESTATIONS RELATIVES AUX
ACCIDENTS DU TRAVAIL ET AUX MALADIES PROFESSIONNELLES

Lorsque ce document est demandé par l'institution du lieu de séjour ou de résidence de l'intéressé, il doit être adressé à cette institution. Dans les autres cas, il est remis au travailleur.

- Travailleur détaché (Article 34 de l'Entente)
 Transfert de résidence (Article 35 de l'Entente)
 Rechute après transfert de résidence (Article 36 de l'Entente)
 Prestations en nature après consolidation médicale (Article 37 de l'Entente)

1 TRAVAILLEUR

..... Nom	
..... Nom à la naissance si différent	
..... Prénom(s)	
.....	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
..... Date de naissance	
..... Adresse actuelle ⁽¹⁾	
..... Adresse sur le territoire de l'État où l'intéressé se rend ⁽¹⁾	
..... Numéro d'immatriculation en France	
..... Numéro de dossier CSST	

2 LÉSION PROFESSIONNELLE

Accident du travail survenu le et entraînant les conséquences suivantes (siège de la lésion) :
.....
.....

Maladie professionnelle constatée le et entraînant les conséquences suivantes (nature de la maladie) :
.....
.....

Rechute survenue le et relative

A l'accident de travail du

A la maladie professionnelle du

Accident du travail ou maladie professionnelle indemnisé par

Numéro de dossier

⁽¹⁾ Rue, numéro, code postal, localité, pays.

3 PRESTATIONS EN NATURE

En raison de la lésion indemnisée identifiée au cadre 2, le travailleur désigné au cadre 1 peut bénéficier des prestations en nature

Du au

Si prolongation, du au.....

Sans restriction dans le temps

Et ce, pour autant qu'elles soient nécessaires et en rapport avec la lésion indemnisée.

4 LE RAPPORT DE NOTRE MÉDECIN CONTRÔLEUR

Est joint sous pli fermé

A été envoyé le à ⁽¹⁾
.....

Peut nous être demandé

N'a pas été établi

5 INSTITUTION COMPÉTENTE QUANT À L'ACCIDENT DE TRAVAIL OU LA MALADIE PROFESSIONNELLE INDEMNISÉE

.....
Dénomination

.....
Numéro de code ⁽²⁾

.....
Adresse ⁽³⁾

Cachet

.....
Date

.....
Signature

INSTRUCTIONS POUR LE TRAVAILLEUR

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie. Il se compose de deux pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée même si elle ne contient aucune mention utile.

Le possesseur de ce document peut obtenir de la part de l'institution compétente de son lieu de séjour ou de résidence les prestations en nature relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Les prestations en espèces seront servies directement par l'institution d'affiliation.

Ce document doit être présenté :

- **au Québec**, à la Commission santé sécurité du travail, à l'attention du Secrétariat général.
- **en France**, à la caisse primaire d'assurance maladie. En cas d'arrêt de travail ou de prolongation d'arrêt de travail, le travailleur est tenu de faire parvenir directement, dans les 48 heures, à sa caisse d'affiliation, l'avis d'arrêt de travail.

⁽¹⁾ Dénomination et adresse de l'institution à laquelle le rapport médical a été adressé.

⁽²⁾ A compléter si elle en dispose.

⁽³⁾ Rue, numéro, code postal, localité, pays.

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

En France Au Québec

(Article 42 par. 2 de l'Entente)

PARTIE A

1 TRAVAILLEUR

.....
Nom

.....
Nom à la naissance si différent

.....
Prénom(s)

..... Sexe M F

.....
Date de naissance

.....
N° d'immatriculation en France

.....
N° de dossier à la CSST

.....
N° d'assurance sociale pour le Québec

.....
Adresse

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

.....
Dénomination

.....
Adresse

.....
Numéro d'employeur au Québec (NEQ)

.....
Cachet

.....
Date

.....
Signature

3

L'institution mentionnée au cadre 2 demande à l'institution identifiée 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 identifiée au cadre 1 qui a formulé le
Date

une demande de réparation de maladie professionnelle.

4 INDICATION SUR L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DU TRAVAILLEUR

- 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

5 L'INSTITUTION DÉSIGNÉE CI-DESSOUS

.....

Dénomination

.....

Adresse

6

Certifie que la personne identifiée au cadre 1

- A accompli les périodes d'emploi ci-dessous l'exposant au risque de la maladie professionnelle décrite au point 3 :

Nom ou raison sociale et adresse de l'employeur :

- 1) du au
- 2) du au
- 3) du au

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

Cachet

.....

Date

.....
Signature

MALADIES PROFESSIONNELLES

(Remboursements entre institutions)

*(Article 42 par. 5 de l'Entente)
(Article 34 de l'Arrangement administratif)*

1 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR TITULAIRE DE PRESTATIONS EN RENTE OU CAPITAL

.....
Nom

.....
Nom à la naissance si différent

.....
Prénom(s)

..... Sexe M F

.....
Date de naissance

.....
N° d'immatriculation en France

.....
N° dossier à la CSST

.....
N° d'assurance maladie pour le Québec

.....
Adresse

2 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PRESTATIONS EN RENTE OU EN CAPITAL

.....
Point de départ de la rente

.....
Montant versé au cours de l'année

.....
Périodes d'exposition au risque au Québec

.....
Périodes 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

.....
Dénomination

.....
Adresse

.....
Demande donc le remboursement de la somme de

.....
Pour la période du au

.....
Cachet

.....
Date

.....
Signature

INSTRUCTIONS

Ce formulaire sera établi en double exemplaire par l'institution responsable de l'indemnisation de la personne titulaire de prestations en rente ou en capital, un exemplaire sera adressé à l'organisme de liaison de l'autre pays.

Les créances seront présentées chaque année.

RELEVÉ INDIVIDUEL DES DÉPENSES EFFECTIVES

1

..... Code organisme	..... Année	..... Facture n°
..... Folio		

2 INSTITUTION COMPÉTENTE DESTINATAIRE

..... Organisme de liaison	..... Code organisme
2.1 Dénomination	
2.2 Adresse	

3 ASSURÉ

3.1 Nom de naissance		
3.2 Prénom(s)	..... Nom	..... Date de naissance
3.3 Adresse		
3.4 N° d'immatriculation		

4 MEMBRE DE LA FAMILLE

4.1 Nom de naissance		
4.2 Prénom(s)	..... Nom	..... Date de naissance

5 LA PERSONNE INDIQUÉE AU CADRE A BÉNÉFICIE DES PRESTATIONS EN VERTU

5.1 De l'article	
5.2 Et au vu du formulaire du	valable du au
5.3 La personne indiquée au cadre.....	a été soumise à l'expertise médicale demandée le

6 DEPENSES EFFECTUEES

6.1 Montant

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			
6.8	Total des prestations en nature			
6.9	Contrôles médicaux			
6.10	Pour prestations en espèces servies	du	au	
			
6.11	TOTAL DES DEPENSES			

7 INSTITUTION CREANCIERE

7.1	.....	.....
	Dénomination	Code
7.2	.....
	Adresse	
7.3	Cachet	7.4
		Date
		7.5
		Signature
RELEVÉ ÉTABLI PAR ORDINATEUR DISPENSE DE SIGNATURE		