

SOUS PEINE DE PERDRE VOS DROITS AUX PRESTATIONS

- 1° En cas d'arrêt de travail, envoyez l'avis d'interruption de travail, signé par votre médecin, dans les deux jours qui suivent la date à laquelle vous vous êtes arrêté de travailler.
- 2° Ne quittez pas la circonscription de votre Caisse sans autorisation préalable du contrôle médical, notamment pour repos à la campagne.
- 3° Faites remplir le bulletin d'information ou la demande d'entente préalable par votre médecin traitant, le cas échéant.
- 4° Si vous devez être hospitalisé (en clinique privée, en maison de repos, en sanatorium, etc..) vous devez vous assurer auprès de votre Centre de paiement, avant l'hospitalisation, que l'établissement est agréé.
- 5° Avant l'admission dans un établissement (hôpital, clinique, etc..) qui recouvre directement sur la Sécurité sociale les frais de séjour, munissez-vous, sauf dans les cas d'urgence, d'une prise en charge auprès de votre Centre de paiement.
- 6° **En cas de chômage**, ou si vous ne reprenez pas votre travail après une période de maladie, faites-vous inscrire sans délai comme demandeur d'emploi à un bureau de main-d'œuvre, si vous voulez conserver vos droits aux remboursements.

DANS TOUTE CORRESPONDANCE AVEC VOTRE CAISSE
N'OMETTEZ PAS DE MENTIONNER
TRES LISIBLEMENT VOTRE NUMERO D'IMMATRICULATION /

VOTRE DOSSIER DOIT COMPRENDRE

- La ou les feuilles de maladie remplies par le médecin et le pharmacien.
- Les bulletins des dernières paies perçues avant le premier acte médical figurant sur chaque feuille de soins.
- A défaut, extrait d'inscription au registre des pensions, rentes ou allocations (S. 5703 ou S. 5742), ou attestation de chômage délivrée par un service de main-d'œuvre (S. 3000) et accompagnée du dernier bulletin de paye ayant précédé l'inscription au chômage.
- En cas d'arrêt de travail, une déclaration établie par votre employeur et comportant le détail des paies échues avant l'arrêt de travail (imprimé S. 3201).
- Les ordonnances médicales tarifées par le pharmacien, et éventuellement les vignettes.
- En cas d'hospitalisation, un bulletin de séjour à l'hôpital ou à la clinique, et éventuellement un bulletin de convalescence.
- Pour une maladie du conjoint : si la justification n'a pas été produite récemment, présentez une déclaration de non salariat du conjoint (imprimé réf. 188).
- Pour une maladie d'un enfant (âge limite 20 ans) : si la justification n'a pas été produite récemment et si l'enfant est âgé de plus de seize ans, joignez un certificat de scolarité ou d'apprentissage.

VOUS POUVEZ ETRE PAYE
AUX GUICHETS DE VOTRE CENTRE DE PAIEMENT
(présenter la carte d'immatriculation à la Sécurité sociale)

PAR MANDAT SECURITE SOCIALE

PAR VIREMENT A VOTRE COMPTE COURANT POSTAL OU BANCAIRE
PAR L'INTERMEDIAIRE D'UN CORRESPONDANT

FEUILLE DE MALADIE Valable 15 jours

Cette feuille correctement remplie, doit être signée **obligatoirement** par l'assuré et doit être remise ou envoyée à la Caisse, dans le mois qui suit le point de départ de sa validité.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE

Numéro d'immatriculation
copié sur la carte de l'assuré

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM (en capitales)

(Pour les femmes mariées, divorcées ou veuves, indiquer le nom de jeune fille suivi de épouse X., Divorcée X., Veuve X.)

Prénoms

Adresse

Né le _____ à _____

Êtes-vous actuellement salarié ? _____

SI OUI,

précisez ici le cas échéant si vous êtes

▶ FONCTIONNAIRE - AGENT DE L'E. D. F. - G. D. F.
AGENT DES COLLECTIVITES LOCALES.

SI NON,

précisez ici le cas échéant si vous êtes

▶ CHOMEUR - ETUDIANT - PENSIONNE - AS. VOLONTAIRE

Si vous êtes salarié ou chômeur, indiquez (d'après les renseignements copiés sur votre dernier bulletin de salaire) :

Le nom, l'adresse de votre employeur actuel ou de votre dernier employeur :

Son numéro d'identification ..

L'Organisme où sont versées les cotisations

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

Si le malade est l'assuré, indiquez :

Si le malade n'est pas l'assuré, indiquez :

Nombre d'enfants à charge _____

NOM et prénoms du malade { _____

Nombre d'ascend^{ts} à charge _____

Date de naissance _____

S'agit-il d'un accident ? _____

Degré de parenté avec l'assuré _____

Êtes-vous pensionné de guerre ? _____

Si OUI, les soins portés sur la présente feuille ont-ils un rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné ? _____

S'agit-il d'un accident ? _____
Activité professionnelle habituelle du malade : _____

A REMPLIR EVENTUELLEMENT

Règlement à effectuer par virement à mon C.C.P. à mon compte bancaire

Intitulé complet et n° du compte : M., M^{me} ou M^{lle} _____

L'assuré soussigné déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus
IMPORTANT. Art. L. 409 du Code de la Sécurité sociale : est passible d'une amende de 360 à 7 200 F quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, faire obtenir, ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois s'il y échet.
Art. 150 du Code pénal. Tout individu qui aura commis un faux en écriture privée sera puni de réclusion.

CERTIFIE EXACT
Signature de l'assuré

7^{mo} Sr. Arques

185

AVR 54-45

93 es en Montreuil

115 rue ~~PARIS~~
Rodriguez Lazabal

ROSTBY