

REPUBLIQUE TUNISIENNE

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SOLIDARITE
ET DES TUNISIENS A L'ETRANGER

CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE

MANUEL DE PROCEDURES
DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE
CONVENTION TUNISO-BELGE
DE SECURITE SOCIALE

Avril 2005

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page 2
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ . Avr -2005	28

INDEX

	Page
REFERENCES JURIDIQUES ET REGLEMENTAIRES	3 1-
DETACHEMENT D'UN TRAVAILLEUR BELGE EN TUNISIE	4 11-
REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS	6
REMBOURSEMENT DES FRAIS DE PROTHESES, GRAND APPAREILLAGE ET PRESTATIONS	
EN NATURE DE GRANDE IMPORTANCE.....	11
iv- PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEMODIALYSE.....	15 V-
TRAITEMENT DES DOSSIERS D'INCAPACITE DE TRAVAIL	19
VI- CARTES DE SOINS.....	21
STATISTIQUES.....	27
LESTE DES ANNEXES.....	28

MANUEL DE PROCEDURFS DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL		
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	Edition Originale DOQ . Avr -2005	Page 28

REFERENCES JURIDIQUES ET REGLEMENTAIRES

- Convention Générale sur la sécurité sociale entre la République tunisienne et le Royaume de Belgique conclue le 29 janvier 1975, ratifiée par la loi n°75-55 du 14 juin 1975 et publiée en vertu du décret n °76-715 du 19 août 1976.
- Arrangement Administratif relatif aux modalités d'application de la Convention Générale sur la sécurité sociale entre la République tunisienne et le Royaume de Belgique, conclu le 23 février 1977.
- Note de service n° 2005-7 du 8 février 2005 relative au remboursement des frais de soins dans le cadre des conventions bilatérales de sécurité sociale par référence aux tarifs de prise en charge des malades payants dans les structures sanitaires publiques relevant du Ministère de la Santé Publique.

MANUEL DE PROCEDURF—S DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale DOQ . Avr .2005	Page 4
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE		28

1- DETACHEMENT D'UN TRAVAILLEUR BELGE EN TUNISIE

Lorsqu'un travailleur salarié résidant habituellement en Belgique est occupé en Tunisie par une entreprise ayant en Belgique un établissement dont le travailleur relève normalement, celui-ci demeure soumis à la législation en vigueur en Belgique pour autant que son occupation sur le territoire tunisien ne se prolonge pas au delà de douze mois. Dans le cas où cette occupation, se prolongeant pour des motifs imprévisibles au delà de la durée primitivement prévue, excèderait douze mois, l'application de la législation en vigueur en Belgique pourra exceptionnellement être reconduite pour une durée de douze mois au maximum, avec l'accord des autorités compétentes tunisiennes.

L'employeur et le travailleur règlent directement toute question concernant leurs cotisations de sécurité sociale avec l'Office National de Sécurité Sociale de Belgique.

L'institution belge compétente remet au travailleur un certificat de détachement (formulaire B,TUN/I ; formulaire BAUN/2 en cas de prolongation) attestant qu'il reste soumis au régime de sécurité sociale belge.

Le certificat de détachement est remis par le travailleur ou par le préposé de l'employeur directement à la cellule Assurance Maladie du bureau régional ou local duquel relève l'employeur. L'agent de la cellule Assurance Maladie est alors appelé à :

I.I- Vérifier que le certificat de détachement comporte .

- l'identité complète du travailleur et son numéro d'immatriculation à l'institution belge de sécurité sociale.
- l'identité des membres de la famille ayant droit aux soins,
- le nom ou la raison sociale et l'adresse de l'employeur en Tunisie.

- La désignation, le cachet et la signature du responsable de l'institution belge,
- la durée de détachement.

1.2- Etablir 2 photocopies du certificat de détachement.

1.3- Composter l'original et les copies du certificat de détachement avec cachet comportant le nom du bureau régional ou local et la date de réception.

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page 5
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ . Avr .2005	28

1.4- Remettre une copie du certificat de détachement au travailleur, en guise de reçu.

1.5- Transmettre une copie du certificat de détachement à la Direction de l'Assurance Maladie.

1.6- Etablir une notification (annexe 3) à l'attention de l'employeur en 3 exemplaires et une note (annexe 4) à l'attention de l'Unité de Contrôle Technique et Comptable en 2 exemplaires et soumettre le dossier au responsable de la cellule pour vérification et visa.

1.7• Soumettre le dossier au chef du bureau régional ou local pour vérification et signature de la notification à l'employeur et de la note à adresser à l'Unité du Contrôle Technique et Comptable .

- l'original de la notification est adressé à l'employeur,
- l'original de la note est remis contre décharge à l'Unité du Contrôle Technique et Comptable, * une copie de la notification est archivée au bureau d'ordre,
- une copie de la notification et une copie de la note sont classées dans le dossier.

1.8- Classer le certificat de détachement et les pièces jointes, le cas échéant, dans un dossier portant l'identité du travailleur, les mentions « CTB » - « TD » et le numéro d'immatriculation du travailleur à l' institution belge de sécurité sociale.

1.9- Classer le dossier par numéro d'immatriculation à l'institution belge de sécurité sociale.

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page 6
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ . Avr .2005	28

11- REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SOINS

Le remboursement des frais de soins dispensés en Tunisie est accordé aux assurés sociaux belges et tunisiens ainsi qu'à leurs ayants droit dans les situations suivantes .séjour temporaire.

* transfert de résidence.

* détachement en Tunisie.

option pour le bénéfice de la législation belge d'un ressortissant du Royaume de Belgique exerçant en qualité de travailleur salarié occupé dans les postes diplomatiques ou consulaires belges en Tunisie ou faisant partie du personnel au service des agents de ces postes.

A- Pièces à fournir :

Dans tous les cas, le postulant au remboursement des frais de soins doit

- Fournir les originaux des quittances médicales et toutes autres pièces justificatives des dépenses délivrées par les structures sanitaires publiques ou privées.

Fournir en même temps (ou avoir déjà fourni) le(s) formulaire(s) approprié(s) dûment établi(s) par l'institution belge

- B/TUN/II en cas de séjour temporaire .
- BfTUN/8 en cas de transfert de résidence suite à une maladie ou maternité
- BfTUN/26 en cas de de résidence suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.
- B/TUN/I (ou BITIJN/2) et B/TUN/II en cas de détachement . * BfTUNß et B,TUN/II en cas d'option .

N.B : En cas de non présentation du formulaire B/TUN/II, BfTUN/8 ou BITUN/26, l'obtention de ce formulaire peut être demandée par l'envoi à l'institution belge compétente du formulaire B/TUN/12 (Instmction d'une demande de prestations en nature), en 2 exemplaires.

B—Traitement préliminaire au remboursement :

Le postulant au remboursement des frais de soins est orienté vers la cellule Assurance Maladie du bureau régional ou local qui se charge de :

ILB.1-Vérifier :

- si le bureau régional tient déjà un dossier concernant l'assuré social, auquel cas il y a lieu de retirer le dossier du classement,
- si le(s) formulaire(s) exigé(s) est(sont) déjà fourni(s).

MANUEL DE PROCEDURFS DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE	DOQ . Avr .200S	7
CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE		28

En cas de présentation de nouveau(x) form ulaire(s) :

n.B.2- Vérifier qu'il(s) comporte(nt) la date, la désignation, le cachet et la signature du responsable de l'institution belge.

Si le bureau régional ou local ne tient pas déjà un dossier au nom de l'assuré social :

n.B.3- Créer un nouveau dossier portant l'identité de l'assuré social , la mention « CTB » et le numéro d'immatriculation de l'assuré social à l'institution belge de sécurité sociale.

N.B : Si les pièces déposées comportent un certificat de détachement (B/TUN/I ou B/TUNÆ), exploiter d'abord le certificat de détachement comme indiqué au chapitre I du présent manuel.

Par la suite, l'agent de la cellule Assurance Maladie est appelé à .

ILB.4- Vérifier que les soins sont dispensés pendant la période de validité du formulaire BTHJN/11, B/TUN/8 ou BIWN/26.

N.B : En cas de séjour temporaire, la période de validité du formulaire BPFUN/I I ne doit pas dépasser 60 jours.

H.B.5- Vérifier que chaque quittance médicale ou autre pièce justificative de dépense comporte :

- la date, la signature, le cachet et l'adresse du prestataire de soins (médecin, pharmacien, . . .).
- l'identité du malade telle qu'elle figure sur le formulaire B/TUN/I I ,B/TUN/8 ou BTUN/26.

II.B.6- Vérifier, au vu de la liste des prothèses, gands appareillages et prestations en nature de grande importance (annexe 8) si les quittances médicales concernent des frais de soins dont le remboursement requiert l'accord préalable de l'institution belge de sécurité sociale, auquel cas il y a lieu d'appliquer les procédures indiquées au chapitre III du présent manuel.

II.B.7- Vérifier que les actes médicaux effectués par le médecin sont codés.

H.B.8- Vérifier que l'ordonnance des médicaments est dûment arrêtée et comporte les vignettes des médicaments prescrits ou la mention du pharmacien « sans vignette » ou « sans prospectus ».

II.B.9- Apposer sur toutes les pièces reçues un cachet comportant le nom du BR ou BL et la date.

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page 8
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ . Avr .Ž005	28

LLB.10- Requérir l'avis du contrôle médical, avant d'entamer la procédure de remboursement, dans les cas suivants .

- hospitalisation ou intervention chirurgicale dans une structure sanitaire privée,
- acte médical spécifique (TRM, Scanner, lithotripsie,...),
- soupçon d'abus (multiplicité d'ordonnances pour un même bénéficiaire pendant une courte période..).

U.B.i1- Etablir un décompte de remboursement de frais de soins (P 176) en 2 exemplaires.

II-B.12- Enregistrer l'opération de remboursement à effectuer au moyen de l'application informatique des opérations de caisse (OPC).

II.B.13- Editer l'ordre de paiement en 3 exemplaires.

- II.B.14- Confronter l'ordre de paiement au décompte pour s'assurer de l'exactitude de la saisie.
- H.B.15- Etablir en 4 exemplaires et pour chaque bénéficiaire de soins un relevé individuel des dépenses effectives pour soins de santé (formulaire BITUN/17) tout en veillant à remplir les lignes 6.1 et 6.2 de la rubrique O (Institution du pays créancier), comme suit :
6. I. Dénomination : Caisse Nationale de Sécurité Sociale,
6.2.Adresse : 49 Avenue Taieb M'hiri Tunis 1080 CEDEX République Tunisienne.
- II.B.16- Soumettre le dossier au responsable de la cellule Assurance Maladie pour vérification, signature du décompte et visa de l'ordre de paiement.
- n.B.17- Soumettre le dossier au chef du bureau régional ou local pour vérification et signature de l'ordre de paiement.
- II.B.18- Transmettre à la Cellule Financière et Comptable:
- * les 3 exemplaires de l'ordre de paiement,
 - * les 2 exemplaires du décompte,
 - * l'original et une copie des quittances médicales et autres pièces justificatives.
 - * l'original et une copie du formulaire BTWN/11, BfEUN/8 ou BiTUN/26.
 - * les 4 exemplaires du formulaire B[IUN/17.
- II.B.19- Inviter le postulant à s'adresser à la caisse pour perception des sommes à rembourser.
- LB.20- Classer provisoirement le dossier.

MANUEL DE PROCEDURES' DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale DOQ . Avr .2005	Page 9
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE		28

C- Remboursement :

A la réception par la cellule financière et comptable de l'ordre de paiement et des pièces jointes, le contrôleur caisse est appelé à .

Ec.1- Vérifier la validité de l'ordre de paiement et sa conformité au décompte et au formulaire B/TUN/II, B/TUN/8 ou B/TUN/26 ainsi qu'aux quittances médicales et autres pièces justificatives.

LLC.2- S'assurer de l'intégrité des données enregistrées sur l'application OPC — notamment celles relatives au code régime, au nom et prénom du bénéficiaire, à l'objet et au montant du paiement — en les confrontant aux données figurant sur l'ordre de paiement.

H.C.3- Saisir le code paiement et valider l'enregistrement de l'opération de remboursement.

II.C.4- Apposer sa signature et son cachet sur les 3 exemplaires de l'ordre de paiement.

LLC.5- Remettre l'ensemble des pièces au caissier.

* Le caissier est alors appelé à :

LC.6- Procéder à l'oblitération des viyettes de médicaments.

II.C.7- Procéder au paiement en espèces si le montant est inférieur à 100 dinars et par chèque au nom du postulant dans le cas inverse.

II.C.S- Apposer le cachet PAYE sur les 3 exemplaires de l'ordre de paiement, sur les 2 exemplaires du décompte et sur les quittances médicales en précisant la date, le mode de règlement et l'identité du bénéficiaire.

ILC.9- Remettre une copie de l'ordre de paiement au bénéficiaire. LC.IO-

Classer l'ensemble des pièces dans la journée comptable.

D— Traitement ultérieur au remboursement :

Suite à la vérification de la journée comptable, le régent comptable est appelé à . LD.I-

S'assurer du bon remplissage du formulaire B/TUN/17.

ILD.2- Transmettre à la Direction Comptable les 3 premiers exemplaires du formulaire BA'UN/17.

A la fin de chaque année, la Direction Comptable procède au rapprochement du montant total des mouvements du compte Remboursement de frais de soins pour le compte des institutions belges de sécurité sociale avec le total des montants figurant sur les formulaires B,TUN/17, avant d'engager la procédure de récupération de ces montants auprès de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalité de Belgique et d'en informer la Direction Financière qui en assure le recouvrement

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page 10
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ Žoos	28

H.D.3- Transmettre à la Cellule Assurance Maladie en même temps que l'état journalier des remboursements de frais de soins (édité en fin de journée au moyen de l'application OPC) .

* une copie de l'ordre de paiement,

* l'original du décompte,

* les copies des quittances médicales et autres pièces justificatives,

* l'original du formulaire BTIJN/11, B/TUN/8 ou BITUN/26, * le 4^{eme} exemplaire du formulaire B/TUN/17.

L'agent de la cellule Assurance Maladie est alors appelé à :

ILD.4- Soumettre l'ensemble des pièces reçues au responsable de la cellule pour vérification et visa de l'état journalier des remboursements de frais de soins.

LD.5- Classer les pièces dans les dossiers des assurés sociaux.

II.D.6- Classer les dossiers par ordre de numéro d'immatriculation à l'institution belge de sécurité sociale.

ÆD.7- Classer l'état journalier des remboursements de frais de soins, par ordre chronologique.

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page 11
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ . .2005	28

111- REMBOURSEMENT DES FRAIS DE PROTHESES, GRAND APPAREILLAGE ET PRESTATIONS EN NATURE DE GRANDE IMPORTANCE

L'octroi des prothèses, du grand appareillage et d'autres prestations de soins d'une grande importance indiquées sur la liste jointe en annexe 8 est subordonné, sauf en cas d'urgence absolue, à la condition que l'institution belge de sécurité sociale en donne l'autorisation.

Est considéré comme cas d'urgence absolue le cas où la prestation ne peut être différée sans que la vie ou la santé de l'intéressé ne soit sérieusement menacée.

A- Procédure en cas d'autorisation préalable :

En cas de prescription d'une prothèse, grand appareillage ou autre prestation de soins de grande importance en faveur d'un assuré social ou d'un ayant droit se trouvant dans l'une des situations énumérées au paragraphe du chapitre II du présent manuel (page 6), l'assuré social (ou l'ayant droit) doit demander l'autorisation préalable de l'institution belge de sécurité sociale et fournir à cet effet à la cellule Assurance Maladie du bureau régional ou local de la CNSS • - l'original de la prescription médicale,

- un devis estimatif, ie(s) formulaire(s) approprié(s) mentionné(s) à la section A du chapitre II (page 6).

N.B ; En cas de non présentation du formulaire BfTUN/11, B,TUN/8 ou BfTUN/26, l'obtention de ce formulaire peut être demandée par l'envoi à l'institution belge compétente du formulaire B/TUN/12 (Instruction d'une demande de prestations en nature), en 2 exemplaires.

A la réception des pièces requises, l'agent de la cellule Assurance Maladie est appelé à •.

HLA.I- Vérifier si le bureau régional ou local tient déjà un dossier concernant l'assuré social et si ce dernier a déjà fourni le(s) formulaire(s) exigé(s), auquel cas il y a lieu de retirer le dossier du classement. Si non, appliquer, selon le cas, l'instruction II.B.2 et/ou II.B.3 (page 7).

Iff.A.2-Vérifier que la prescription médicale comporte
e La date, la signature et le cachet du médecin.

- L'identité du malade telle qu'elle figure sur le formulaire B/TUN/11, BffUN/8 ou BITUN/26

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale DOQ . Avr .2005	Page 12
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE		28

m.A.3-S'assurer que la prescription médicale est établie pendant la période de validité du formulaire B/TUN/11, B/TUN 8 ou B/TUN/26.

N.B : En cas de séjour temporaire, la période de validité du formulaire B/TUN/11 ne doit pas dépasser 60 jours.

- ITI.A.4- Vérifier que le devis comporte la nature de la prestation, le montant, la date, le cachet et la signature du fournisseur.
- m.A.5- Etablir un reçu des pièces déposées en double exemplaire.
- m.A.6- Composter les pièces déposées et le reçu avec un cachet comportant le nom du bureau régional ou local et la date de réception.
- ULA.7L Remettre l'original du reçu à l'assuré social et garder la copie en souche.
- m.A.8- Photocopier la prescription médicale, le devis estimatif et le formulaire B/TUN 11, B/TUN 8 ou B/TUN/26.
- HLA.9- Classer dans le dossier la copie de la prescription, la copie du devis et l'original du formulaire B/TUN/11, ou B/TUN/26.
- LLA.IO- Transmettre à l'unité du Contrôle Médical l'original de la prescription et du devis **accompagnés** de la copie du formulaire B/TUN/II, B/TUN/8 ou B/TUN/26.
- III.A.II- Inviter le bénéficiaire, le cas échéant, à se présenter au contrôle médical.
- IIA.12- Recevoir de l'unité du Contrôle Médical • *
le rapport du médecin contrôleur, *
l'original de la prescription médicale, *
l'original du devis estimatif.
- m.A.13- Etablir en 3 exemplaires une « demande concernant l'octroi de prothèse, d'appareillage, etc... » (formulaire BTNJN/15) en veillant à remplir soigneusement la rubrique (Institution du lieu de séjour ou de résidence) et d'y mentionner la dénomination « Caisse Nationale de Sécurité Sociale _Nom et Adresse complète du bureau régional ou local ».
- m.A.14- Soumettre le dossier au responsable de la cellule Assurance Maladie pour vérification et signature du formulaire B/TUN/15.
- IUA.15- Adresser à l'institution belge de sécurité sociale sans retard :
* le formulaire BAUN/15 en double exemplaire,
* l'original de la prescription médicale et du rapport du médecin contrôleur,
* l'original du devis estimatif.
- m.,A.16- Classer dans le dossier:
* une copie du rapport du médecin contrôleur, * une copie du formulaire B/TUN/15.

MANUEL DE PROCEDURES' DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page 13
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ . .2005	28

m.A.17- Classer le dossier en instance jusqu'à réception d'un exemplaire du formulaire BPFUN/15 comportant la décision de l'institution belge de sécurité sociale.

N.B : En cas de non réception de la décision de l'institution belge de sécurité sociale, il y a lieu de lui adresser après 30 jours une copie du formulaire B[FUN/15 portant en gros caractère la mention RAPPEL DE NOTRE TRANSMISSION DU (date de l'envoi de l'original).

A la réception de la décision de l'institution belge

III.A.t8- convoquer le postulant pour l'informer de la décision.

En cas de rejet :

m.A.L9- Remettre au postulant les pièces déposées contre décharge.

m.A.20- Classer le dossier par ordre de numéro d'immatriculation à l'institution belge de sécurité sociale.

En cas d'accord :

BI.A.21- Inviter le postulant à fournir, une fois la prestation de soins accomplie, les pièces justificatives des frais (quittance, facture,.. ..).

Iff.A.22- Classer dans le dossier le formulaire BÆUN/15 comportant la décision de l'institution belge de sécurité sociale et classer le dossier jusqu'à réception des pièces justificatives des frais à rembourser.

A la réception des pièces justificatives des frais de soins, la cellule Assurance Maladie et la cellule financière et comptable du bureau régional ou local procèdent au remboursement des frais dans la limite des montants indiqués sur le formulaire BLRUN 15 - conformément aux instructions

* 11.B.5 et 11.B.7 à 11.B.20 (pages 7 et 8),

* ILC.] à 11.C.10 8 et 9),

* II.D.I à 11.1).7 (pages 9 et 10).

B- Procédure en cas d'urgence :

En cas d'urgence, la prestation de soins peut être effectuée sans l'autorisation préalable de l'institution belge de sécurité sociale. Dans ce cas, l'assuré social doit fournir les mêmes pièces qu'en cas d'autorisation préalable :

L'agent de la cellule Assurance Maladie est alors appelé à .

ID.B.1-Vérifier le dossier, procéder à sa réception et le soumettre à l'unité du contrôle médical comme indiqué aux instructions III.A.I jusqu'à M.A, 12 (pages 11 et 12)

MANUEL DE PROCEDURE, S DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL

PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE
CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE

Edition Originale
DOQ . Avr -2005

Page
14
28

En cas de non confirmation par le médecin contrôleur de la nécessité ou de l'urgence de la prestation :

ILB.2- Poursuivre le fraitement du dossier selon la même procédure qu'en cas d'autorisation préalable, comme indiqué aux instructions ILA. 13 à HI.A.22 (pages 12 et 13).

En cas d'accord du médecin contrôleur sur la nécessité et l'urgence de la prestation :

m.B.3- Informer l'assuré social de la décision du médecin contrôleur et l'inviter à fournir, une fois la prestation de soins accomplie, les pièces justificatives des frais (quittance, facture, ...).

A la réception des pièces justificatives des frais de soins, la cellule Assurance Maladie et la cellule financière et comptable procèdent au remboursement des frais conformément aux instructions :

* n.B.5 et 11.B.7 à 11.B.20 (pages 7 et 8),

* II.c.1 à II.C.IO (pages 8 et 9),

* II.D.I à li.D.7 (pages 9 et 10).

Toutefois, avant de classer le dossier de l'assuré social, l'agent de la cellule Assurance Maladie est appelé à :

m.B.4- Etablir en 3 exemplaires une « notification de l'octroi de prothèses, d'appareillage, etc... » (formulaire BTFUN/16).

m.B.5- Soumettre le dossier au responsable de la cellule Assurance Maladie pour vérification et signature du formulaire B/TUN/16 .

III.B.6-Adresser à l'institution belge de sécurité sociale:

* le formulaire B/TUN/16 en double exemplaire,

* l'original de la prescription médicale et du rapport du médecin contrôleur, * une copie des pièces justificatives des frais engagés.

m.B.7- Classer dans le dossier le 3 exemplaire du formulaire BTI'UN/16.

MANUEL DE PROCEDVRES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ . Avr .2005	15 28

IV - PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HEMODIALYSE

La procédure ci-après décrite concerne la prise en charge des frais d'hémodialyse en faveur d'un assuré social ou d'un ayant droit se trouvant dans l'une des situations énumérées au paragraphe I^{er} du chapitre II (page 6) du présent manuel.

Afin de bénéficier de la prise en charge des frais d'hémodialyse, le postulant doit fournir à la cellule Assurance Maladie du bureau régional ou local de la CNSS .

- Un certificat médical d'admission à un centre d'hémodialyse,
- Le(s) formulaire(s) approprié(s) mentionné(s) à la section A du chapitre II (page 6).

N.B : En cas de non présentation du formulaire B[TUN/II, BJTUN/8 ou B,QUN/26, l'obtention de ce formulaire peut être demandée par l'envoi à l'institution belge compétente du formulaire B/TUN/12 (Instruction d'une demande de prestations en nature), en 2 exemplaires,

A la réception des pièces requises, l'agent de la cellule Assurance Maladie est appelé à..

{V.I- Vérifier si le bureau régional ou local tient déjà un dossier concernant le travailleur et si ce dernier a déjà fourni le(s) formulaire(s) exigé(s), auquel cas il y a lieu de retirer le dossier du classement. Si non, appliquer, selon le cas, l'instruction II.B.2 et/ou II.B.3 (page 7).

IV. 2-Vérifier que le certificat médical d'admission comporte

- La date, la signature et le cachet du médecin du centre d'hémodialyse.
- L'identité du malade telle qu'elle figure sur le formulaire BTUN I Bf1'UN 8 ou B/TUN/26
- Le nombre de séances d'hémodialyse à effectuer par semaine.
- La date de la première séance.

IV.3- S'assurer que les séances d'hémodialyse sont à effectuer pendant la période de validité du formulaire B/TUN 11, BITUN 8 ou BAUN/26.

N.B : En cas de séjour temporaire, la période de validité du formulaire B/TUN/I I

ne doit pas dépasser 60 jours.

IV.4-Etablir un reçu des pièces déposées en double exemplaire.

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE	DOQ . .2005	16
CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE		28

IV.5- Composter les pièces déposées et le reçu avec un cachet comportant le nom du bureau régional ou local et la date de réception.

IV.6- Remettre l'original du reçu à l'assuré social et garder la copie en souche.

IV.7- Etablir en 3 exemplaires une décision de prise en charge des frais d'hémodialyse (annexe 13) conformément au certificat médical d'admission et dans les limites de la période de validité du formulaire B/TUN/II, B[TUN/8 ou B/TUN/26 et soumettre le dossier au responsable de la cellule Assurance Maladie pour vérification et visa et au chef du bureau régional ou local pour vérification et de la décision de prise en charge.

* l'original de la décision de prise en charge est adressé au centre d'hémodialyse.

une copie est archivée au bureau d'ordre.

* une copie est classée dans le dossier.

IV.S- Classer le dossier par ordre de numéro d'immatriculation à l'institution belge de sécurité sociale.

A la réception de la facture des séances d'hémodialyse établie par le centre d'hémodialyse en 3 exemplaires et accompagnée d'un mémoire des séances effectuées et de l'original de la décision de prise en charge s'il d'un premier règlement ou d'une copie de ladite décision pour les règlements ultérieurs ..

IV.9- Retirer Ve dossier de l'assuré social du classement.

IV.IO- Vérifier si la facture correspond à une décision de prise en charge établie par le bureau régional ou local.

IV.tl- S'assurer de la conformité de l'identité du bénéficiaire indiquée sur le mémoire et la facture avec celle indiquée sur la décision de prise en charge.

IV.12- S'assurer que le mémoire porte la signature du médecin hémodialyseur et le cachet du cenn•e d'hémodialyse ainsi que la signature ou l'empreinte digitale du bénéficiaire au titre de chaque séance.

IV.13- S'assurer que le mémoire porte le numéro de la décision de prise en charge.

IV.14- S'assurer que les dates de toutes les séances indiquées sur le mémoire sont incluses dans la période indiquée sur la décision de prise en charge.

IV.15- S'assurer que, pour chaque semaine, le nombre de séances indiqué sur la décision de prise en charge n'est pas dépassé et que les intervalles entre les séances (une journée au moins en cas de 3 séances par semaine et deux jours au moins en cas de 2 séances par semaine) sont respectés.

MANUEL DE PROCEDURES DU BURE U REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE		<u>17</u>
CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ . .2005	28

IV.16- Vérifier que la facture est correctement établie, au nom de la CNSS, et qu'elle porte les informations suivantes .

- le nom ou la raison sociale et l'adresse du centre, le numéro
- d'inscription au Registre du Commerce, le code TVA, le
- numéro d'affiliation à la CNSS, le relevé d'identité bancaire,
- les références de la facture (numéro et date), la date d'arrivée
- de la facture, les références de la décision de prise en charge,
- l'identité de l'assuré social ainsi que l'identité du
- bénéficiaire. l'objet de la facture (période et nombre de
- séances), le montant hors taxes, le montant global en chiffres
- et en lettres, la signature et le cachet du centre
- d'hémodialyse.

•

• * En cas d'anomalie :

- W.17— Etabiir une photocopie de la facture et des pièces jointes et les classer dans le dossier.

IV.18- Retourner au centre d'hémodialyse, contre décharge, l'original de la facture et des pièces jointes.

* En cas d'absence d'anomalie :

- IV.19- Arrêter le montant dû au centre d'hémodialyse (87 dinars par séance) et le montant dû au centre Hospitalo-Universitaire Charles Nicole et destiné au soutien des actions de contrôle de l'hémodialyse, de prévention de l'insuffisance rénale chronique et de la promotion de la greffe rénale (2 dinars par séance).
- IV.20- Enregistrer les 2 opérations de paiement à effectuer au moyen de l'application informatique des opérations de caisse (OPC).
- IV.21- Editer les 2 ordres de paiement en 3 exemplaires.
- IV.22- Confronter les 2 ordres de paiement à la facture pour s'assurer de l'exactitude de la saisie.
- IV.23- Etablir en 4 exemplaires et pour chaque bénéficiaire de soins un relevé individuel des dépenses effectives pour soins de santé (formulaire BA'UN/17) tout en veillant à remplir les lignes 6.1 et 6.2 de la rubrique O (Institution du pays créancier), comme suit :
- 6.1. Dénomination : Caisse Nationale de Sécurité Sociale,
62Adresse : 49 Avenue Taieb M'hiri Tunis 1080 CEDEX République Tunisienne.

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REG,ONAL OV LOCAL		
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	Edition Originale DOQ . .2005	Page 18 28

- IV.24- Soumettre le dossier au responsable de la cellule Assurance Maladie pour vérification et visa et au chef du bureau régional ou local pour vérification et signature des ordres de paiement.
- IV.25- Transmettre à la cellule financière et comptable .
- l'original et une copie de la facture,
 - la décision de prise en charge,
 - les trois exemplaires de chaque ordre de paiement,
 - l'original et une copie du formulaire B/TUN/II B/TUN/8 ou B/TUN/26
- les 4 exemplaires du formulaire B/TUN/17.
- IV.26- Classer dans le dossier une copie de la facture et le mémoire des séances effectuées
- IV.27- Classer provisoirement le dossier.

Suite à l'exécution par la cellule financière et comptable des ordres de paiement et à la transmission par l'agent comptable du formulaire B/TUN/17 à la Direction Comptable

IV.28- Recevoir de la cellule Administrative et financière en même temps que l'état journalier des frais d'hémodialyse dans le cadre de la convention tuniso-belge •

*un exemplaire de chaque ordre de paiement comportant les références du règlement par virement bancaire ou postal.

* l'original du formulaire BâUN/11, B/TUN/8 ou B/TUN/26_

• le exemplaire du formulaire B,TUN/17

IV.29- Soumettre l'ensemble des pièces reçues au responsable de la cellule pour vérification et visa de l'état journalier des frais d'hémodialyse.

IV.30- Etablir en 3 exemplaires un avis de virement (N65) à l'intention du centre d'hémodialyse .

• l'original de l'avis, est destiné au centre d'hémodialyse.

Le 2^{ème} exemplaire, auquel seront joints les pièces retournées par la cellule financière et comptable, est classé dans le dossier de l'assuré social. * le 3^{ème} exemplaire est archivé au niveau du bureau d'ordre.

IV.31- Classer le dossier par ordre de numéro d'immatriculation à l'institution belge de sécurité sociale.

IV.32-Classifier l' état journalier des frais d'hémodialyse par ordre chronologique.

MANUEL DE PROCEDURES DU BURE" V REGIOML OU LOCAL	Edition Originale	Page 19
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ . Avr -2005	28

V- TRAITEMENT DES DOSSIERS D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Le travailleur tunisien ou belge séjournant en Tunisie et dont l'état de santé nécessite un arrêt de travail ou une prolongation d'arrêt de travail doit fournir à la cellule Assurance Maladie du Bureau Régional ou Local, dans les 5 jours qui suivent le début de l'incapacité de travail, un certificat médical indiquant la durée de l'incapacité de travail. Il doit également fournir (ou avoir déjà fourni) le(s) formulaire(s) approprié(s) à sa situation dûment établi(s) par l'institution belge de sécurité sociale .

* B,TUN/II en cas de séjour temporaire .

* BÆUN/8 en cas de transfert de résidence suite à une maladie ou maternité .

* BTUN/26 en cas de transfert de résidence suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

* BITUMI (ou B/TUN/2) et BITIJN/II en cas de détachement . * B/TUN/3 et BITIJN/II en cas d'option .

L'agent de la cellule Assurance Maladie est alors appelé à :

V.I-Vérifier si le bureau régional ou local tient déjà un dossier concernant le travailleur et si ce dernier a déjà fourni le(s) formulaire(s) exigé(s), auquel cas il y a lieu de

retirer le dossier du classement. Si non, appliquer, selon le cas, l'instruction LI.B.2 et fou 11.B.3 (page 7).

V. 2-S'assurer que le certificat médical comporte :

- la date, la signature et le cachet du médecin,
- l'identité du travailleur telle qu'elle figure sur le formulaire BPIUN/11, BAUN/8 ou B/TUN/26.

A défaut de présentation du formulaire B,TUN/11 , B,TUN/8 ou B/TUN/26 :

V.3- Faire remplir soigneusement par le travailleur une fiche de renseignements (P378) portant •

- l'identité du travailleur,
- sa date de naissance,
- son adresse en Tunisie et son adresse en Belgique,
- son numéro d' immatriculation en Belgique,
- le nom et l'adresse de l'institution belge de sécurité sociale à laquelle il est affilié.

V.4- Etablir un reçu des pièces déposées en double exemplaire.

V.5- Composter les pièces déposées et le reçu avec un cachet comportant le nom du bureau régional ou local et la date de réception.

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale DOQ . Avr .200S	Page 20
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE		28

- V.6- Remettre l'original du reçu au travailleur et garder la copie en souche.
- V.7- Photocopier le certificat médical et le formulaire B/TUN/II, BTUN/8 ou Bf1UN/26 (ou la fiche de renseignement P378).
- V.8- Transmettre immédiatement à l'unité du Contrôle Médical l'original du certificat médical et la copie du formulaire B/TUN/II B/TUN/8 ou BTFUN/26 (ou de la fiche de renseignements P378).
- V.9- Inviter le travailleur, le cas échéant, à se présenter au Contrôle Médical.
- V.t0- Classer le dossier en instance jusqu'à réception du rapport de contrôle médical.
- V.II- Recevoir de l'Unité du Contrôle Médical dans un délai ne dépassant pas trois jours (et pas plus de sept jours en cas d'examens complémentaires) à compter du dépôt du certificat médical .
- le rapport de contrôle médical établi sur formulaire BTTUN/20 et portant à la rubrique O la désignation et l'adresse de l'institution belge de Sécurité Sociale mentionnée sur le formulaire B,TUN/11, B/TUN/8 ou B/TUN/26 et à la rubrique S l'adresse complète du bureau régional ou local.
 - l'original du certificat médical.
- V.12- Vérifier que le formulaire du rapport de contrôle médical porte à la rubrique O la désignation et l'adresse de l'institution belge de Sécurité Sociale mentionnée sur le formulaire BITUN/II, B,TUN/8 ou B/TUN/26 et à la rubrique S l'adresse complète du bureau régional ou local
- V.13- Photocopier le rapport de contrôle médical en 2 exemplaires.
- V.14- Adresser immédiatement à l'institution belge de sécurité sociale .
- , du rapport de contrôle médical (B/TUN/20),
 - l'original du certificat médical, • une copie du formulaire B/TUN/II, B/TUN/8 ou BfTUN/26 (ou de la fiche de renseignements P378)
- V.15- Adresser en même temps à la Direction de l'Assurance Maladie :
- une copie du formulaire BITUN/20, une copie du formulaire B/TUN/11, Bf1UN/8 ou B/TUN/26 (ou de la fiche de renseignements P378).
- V.16- Classer une copie du rapport de contrôle médical dans le dossier.
- V.17- Classer le dossier par ordre de numéro d'immatriculation à l'institution belge de sécurité sociale.
- A la réception de la décision de l'institution belge de sécurité sociale
- V.18- Photocopier la décision de l' institution belge.
- V.19- Adresser immédiatement l'original de la décision au travailleur, à son adresse en Tunisie.

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page 21
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ . Avr .2005	28

VI - CARTES DE SOINS

Les ayants droits du travailleur occupé en Belgique ainsi que le titulaire d'une pension ou d'une rente due par une institution belge de sécurité sociale et/ou ses ayants droits bénéficient, lorsqu'ils résident en Tunisie, des soins et des prestations de l'Action Sanitaire, à l'instar des assurés sociaux couverts par les régimes tunisiens de sécurité sociale, présentation d'une carte de soins en cours de validité.

Les procédures de remboursement et de prise en charge des frais de soins décrites aux chapitres II, III, et IV du présent manuel ne leur sont pas applicables.

A- Pièces à fournir :

Le postulant à la carte de soins doit fournir à la cellule Assurance Maladie du bureau régional ou local une attestation délivrée par l'institution belge de sécurité sociale.

Pour les ayants droit des travailleurs, cette attestation est établie sur formulaire BfTUN/6 en 4 exemplaires dont 3 sont adressés directement à la Direction de l'Assurance Maladie par l'institution belge de sécurité sociale.

Pour les titulaires de pension ou de rente, l'attestation est établie sur formulaire BITUN|13 et délivrée en 4 exemplaires au titulaire de la pension ou de la rente.

Dans les deux cas, le postulant à la carte de soins doit également fournir

- un extrait de naissance datant de moins de 3 mois de l'assuré social (travailleur ou titulaire de la pension ou de la rente).
- une photo d'identité du postulant à la carte de soins.
- un extrait de naissance de chaque ayant droit.
- une copie de la carte d'identité nationale pour chaque enfant à charge âgé de plus de 20 ans (infirmes, handicapés ou fille non mariée et sans revenus) et pour chaque ascendant à charge.
- une copie certifiée conforme de la déclaration unique des revenus au titre de la dernière année fiscale pour chaque ascendant à charge ainsi que pour chaque enfant à charge âgé de plus de 20 ans (infirmes, handicapés ou fille non mariée et sans revenus).
- un certificat médical circonstancié établissant l'infirmité ou la maladie incurable ou une copie certifiée conforme de la carte d'handicapé pour chaque enfant âgé de plus de 20 ans et pour chaque ascendant âgé de moins de 55 ans, si l'un ou l'autre est atteint d'une infirmité ou d'une maladie incurable.

- Un engagement dûment rempli et portant signature légalisée de la fille âgée de plus de 20 ans non mariée et sans revenus (NI 2)
- Une copie certifiée conforme du jugement de divorce pour la fille âgée de plus de 20 ans s'il s'agit d'une femme divorcée.
- Une attestation de non bénéficiaire de couverture en matière de prestations de soins délivrée par la Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale pour chaque ascendant à charge.
- Un extrait d'acte de décès du conjoint pour l'ascendant à charge lorsqu'il s'agit d'une veuve.

N.B : En cas de non présentation du formulaire BITUN/6 ou B,TUN/13, l'obtention de ce formulaire peut être demandée par l'envoi à l'institution belge compétente du formulaire B/TUN/12 (Instruction d'une demande de prestations en nature), en 2 exemplaires.

B- Délivrance de la carte de soins :

A la réception du formulaire BfTUN/6 ou B/TUN/13 et des pièces jointes, l'agent de la cellule Assurance Maladie est appelé à :

- VLB.I- Vérifier si le bureau régional ou local tient déjà un dossier concernant l'assuré social ; auquel cas, il y a lieu de retirer le dossier du classement,
- VLB.2- Vérifier que le formulaire B/TUN/6 ou BfTUN|13 comporte la date, la désignation, le cachet et la signature du responsable de l'institution belge.

Si le bureau régional ou local ne tient pas déjà un dossier au nom de l'assuré social :

- VLB.3- Créer un dossier portant l'identification de l'assuré social : identité complète et numéro d'immatriculation à l'institution belge de sécurité sociale précédé de la mention CTB.
- VLB.4- Vérifier que les extraits d'actes de naissance fournis datent de moins de 3 mois.
- VLB.5- S'assurer de la conformité de l'identité mentionnée sur l'extrait d'acte de naissance de l'assuré social à celle figurant sur le formulaire BfTUN/6 ou B/TUN/13.

Pour le conjoint

- VLB.6- S'assurer, au vu de l'extrait d'acte de naissance, qu'il reste lié par les liens de mariage à l'assuré social.

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page 23
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ . Ayr .2005	28

Pour les enfants

S•mB.7- S'assurer au vu de l'extrait de naissance que l'enfant n'est pas marié.

VIB.8- S'assurer que l'âge de l'enfant est inférieur à 20 ans

S'il s'agit d'un enfant handicapé âgé de plus de 20 ans :

VLB.9- S'assurer que la copie de la carte d'handicapé est certifiée conforme à l'original et qu'elle est en cours de validité.

VLB.IO- S'assurer, au vu de la déclaration unique des revenus et de la carte d'identité nationale, que l'enfant n'exerce pas une activité professionnelle.

S'il s'agit d'un enfant infirme ou atteint d'une maladie incurable âgé de plus de 20 ans :

VLB.II- S'assurer, au vu de la déclaration unique des revenus et de la carte d'identité nationale que l'enfant n'exerce pas une activité professionnelle.

VLB.12- S'assurer que le certificat médical porte la signature et le cachet du médecin

traitant avant de le soumettre à l' avis du médecin confrôleur.

S'il s'agit d'une fille non mariée et sans revenus âgée de plus de 20 ans :

VLB.13- S'assurer que l'engagement est bien rempli et porte la signature légalisée de la fille.

VI.B.14-S'assurer, au vu de sa carte d'identité nationale et de sa déclaration tmiqne de revenus qu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle et ne dispose pas de revenus imposables (le plafond des revenus non imposables étant fixé actuellement à 1500 dinars).

VLB.15- S'assurer; au vu du jugement de divorce (s'il s'agit d'une femme divorcée), qu'elle ne bénéficie pas d'une rente de divorce d'un montant dépassant le plafond de revenu non imposable.

VLB.16- Consulter le fichier 1 IAT « Identification Alphabétique » et, le cas échéant, I IAI (Identité — Adresse et Etat Civil), 1 IAS « Droits Salaires + AF Assurés » et I IPN (Consultafion Noms et Adresses) afin de s'assurer qu'elle ne dispose pas de revenus imposables provenant d'une activité professionnelle déclarée à la CNSS ou d'une pension de vieillesse, d'invalidité ou de veuve.

Pour les ascendants ;

VI.B.17- S'assurer au vu de l'extrait d'acte de naissance qu'il s'agit d'un ascendant du travailleur.

VLB.18- S'il s'agit d'une mère âgée de moins de 55 ans, vérifier qu'elle est veuve et non remariée, au vu de son d'acte de naissance et de l'extrait d'acte de décès du défunt époux,.

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale	Page 24
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ . Avr .2005	28

VI.B.19- S'assurer, au vu de la déclaration unique des revenus, de la carte d'identité nationale et de l'attestation délivrée par la CNRPS que l'ascendant n'exerce pas d'activité professionnelle et ne bénéficie pas de couverture en matière de prestations de soins.

VLB.20- S'il s'agit d'un ascendant âgé de moins de 55 ans, atteint d'une infirmité ou d'une maladie incurable, vérifier, selon le cas que le certificat médical porte la signature et le cachet du médecin, que la copie de la carte d'handicapé est certifiée conforme à l'original et qu'elle est en cours de validité.

N.B/ L'inscription de l'ascendant infirme ou atteint d'une maladie incurable et âgé de moins de 55 ans est tributaire de l'avis favorable du contrôle médical.

VLB.21-Etablir la carte de soins (G004) au nom du postulant et portant

* le numéro d'immatriculation de l'assuré social en Belgique précédé de la mention CTB.

* le nom , le prénom et la date de naissance de chaque ayant droit,

* la date de fin de validité qui est limitée à une année à partir de la date indiquée le formulaire Bf1UN/6 ou BÆUN/13

VI.B.22- Soumettre le dossier au responsable de la cellule pour vérification et visa et au chef du bureau régional ou local pour vérification et signature de la carte de soins.

VI.B.23- Etablir deux photocopies de la carte de soins et une photocopie du formulaire BPIUN/6 (s'il s'agit des ayants droit d'un travailleur).

VI.B.24- Délivrer la carte de soins au postulant contre décharge sur la première copie.

VI.B.25- Classer [e exemplaire du formulaire BPIUN/6 ou B/TUN13, la première copie de la carte de soins, ainsi que l'ensemble des pièces fournies dans le dossier.

VLB.26- Transmettre à la Direction de l'Assurance Maladie la 2^{eme} copie de la carte de soins accompagnée, selon le cas, de la copie du formulaire B/TUN/6 ou de 3 exemplaires du formulaire MUN/13.

VLB.27- Classer le dossier par numéro d'immatriculation à l'institution belge de sécurité sociale.

La Direction de l'Assurance Maladie se charge de compléter les formulaires BZTUN/6 ou B/TUN/13 et d'en retourner 2 exemplaires à l'institution belge de sécurité sociale. De même qu'elle établit et met à jour le formulaire B/TUN/21 en vue de l'apurement des comptes avec l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité de Belgique.

C- Suspension des droits aux soins :

Au cas où l'assuré social ne remplit plus les conditions exigées pour le bénéfice des droits aux soins, l'institution belge de sécurité sociale adresse une notification de suspension (sur formulaire B,rrtJN/7 pour les membres de la famille du travailleur et sur formulaire BITUN/14 pour les titulaires de pensions ou rentes) à la Direction de l'Assurance Maladie qui en établit une copie potn• en tenir compte dans les statistiques périodiques d'apurement des comptes et qui en transmet l'original (y compris l'enveloppe portant le cachet postal) au bureau régional ou local concerné.

A la réception de la notification de suspension, l'agent de la cellule Assurance Maladie du bureau régional ou local est appelé à :

VLC.I- Retirer le dossier de l'assuré social du classement.

VI.C.2- Mentionner sur le dossier la date de fin des droits aux soins qui correspond au trentième jour de l'envoi de la notification de suspension par l'institution belge de sécurité sociale, telle qu'indiquée sur le cachet postal,

VLC.3- Etablir immédiatement en triple exemplaire une convocation invitant le titulaire de la carte de soins à se présenter au bureau régional ou local muni de la carte de soins :

* l'original est adressé à l'intéressé.

* une copie est archivée au bureau d'ordre. * une copie est classée dans le dossier.

Lorsque le titulaire de la carte de soins se présente au bureau régional ou local .

VI.C.4-Retirer la carte de soins et porter dessus la mention «DROITS SUSPENDUS».

VI.C.5-Classer la carte de soins dans le dossier.

VI.C.6-Classer le dossier par ordre de numéro d'immatriculation à l'institution belge de sécurité sociale.

D- Renouvellement de la carte de soins :

Avant l'expiration du délai de validité de la carte de soins et à la requête de l'assuré social, l'agent de la cellule Assurance Maladie du bureau régional ou local est appelé à :

VLD.1-Retirer le dossier de l'assuré social du classement.

VI.D.2- S'assurer que les droits aux soins n'ont pas fait l'objet d'une notification de suspension par l'institution belge de sécurité sociale.

VI.D.3-Examiner, le cas échéant, les pièces présentées en vue de proroger les droits aux soins en faveur d'un enfant âgé de plus de 20 ans ou d'un ascendant à la charge de l'assuré social.

VI.D.4- Etablir la nouvelle carte avec une validité d'une année à compter de la date de fin de validité de la carte périmée, la délivrer au postulant et en informer la Direction de l'Assurance Maladie comme indiqué aux instructions VI.B.6 à VI.B.27 (pages 22,23 et 24).

VII — Statistiques

Dans la première semaine qui suit la fin de chaque mois, l'agent de la cellule Assurance Maladie est appelé à .

vn.1- Etablir en 2 exemplaires la fiche statistique mensuelle relative aux prestations d' Assurance Maladie dans le cadre de la convention bilatérale tuniso-belge (annexe 22).

VII. 2-Soumettre la fiche statistique mensuelle au visa du responsable de la cellule.

VII.3- Soumettre la fiche statistique au chef du bureau régional ou local pour signature avant transmission à la Direction de l' Assurance Maladie.

VII.4- Transmettre l'original de la fiche statistique à la Direction de l'Assurance Maladie.

VL5-Classer le 2^{ème} exemplaire de la fiche statistique par ordre chronologique.

MANUEL DE PROCEDURFS DU BURE U REGIONAL OU LOCAL	Edition	Page
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE	Originale	27
CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE	DOQ . Avr .2005	28

MANUEL DE PROCEDURES DU BUREAU REGIONAL OU LOCAL	Edition Originale DOQ . Avr .2005	Page 28
PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE CONVENTION TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE		28

LISTE DES ANNEXES

- 1- Certificat de détachement (formulaire BTUN/I)
- 2- Prolongation de détachement (formulaire BfTUN/2).
- 3- Notification à l'employeur concernant le détachement de son employé.
- 4- Note à l'unité de contrôle technique et comptable concernant le détachement d'un travailleur belge.
- S- Attestation concernant le droit aux prestations en nature en cas de séjour temporaire (BTVUN/I I)
- 6- Attestation concernant le maintien des prestations en cours (B/TUN/8)
- 7- Attestation concernant le maintien des prestations en nature en rapport avec l'accident du travail ou avec la maladie professionnelle (BTUN/26).
- 8- Exercice du droit d'option (BÃUN/3).
- 9- Instruction d'une demande de prestations en nature (B,TUN/12).
- IO- Liste des prothèses, du grand appareillage et des autres prestations en nature de grande importance.
- 11- Décompte de Remboursement de Frais de Soms (Pl 76).
- 12- Relevé individuel des dépenses effectives pour soins de santé (BPWN/17) .13- Demande concernant l'octroi de prothèse, d'appareillage, etc.... (B/TUN/15) 14- Notification de l' octroi de prothèses, d'appareillage, etc.... (BTIUN/16).

IS- Décision de prise en charge de frais d'hémodialyse.

16-Fiche de renseignements (P378).

17-Rapport médical (B,TUN/20).

18-Engagement de la fille non mariée et sans revenus (N 12).

19-Attestation concernant le droit aux prestations en nature des membres de la famille (BfTUN/ 6).

Attestation concernant le droit aux prestations en nature des titulaires de pensions ou de rentes (BfWN/13).

21-Carte de Soins (G004).

22-Avis de suspension ou de suppression du droit aux prestations en nature des membres de la famille (Bf1UN/7).

23-Avis de suspension ou de suppression du droit aux prestations en nature des titulaires de pensions ou de rentes (B/TUN/14). 24- Statistiques Mensuelles d' Activité.

CONVENTION GEXERALZ st:R LA SECURITE SOCIALE ENTRE IA REPUBLIQUE TENIsrE_NNE ET
LE ROYALME DE BELGIQUE

CO>a-E-XTIO.-x GE.XERXLE SUR LA SECRRITÈ SOCIALE F—'āRE LA REPUBLIQVETUNI
ET LE ROYAC.M_E DE BELGIQUE

Certificat de Oétachement

Convention : Article 3 - Paragraphe 2, a)
Arrangement administratif : Art. 1er.

L'institution désignée du pays où l'entreprise a son siège remplit les points 1.1 à 7.1 et, si possible, également :
cadres 3 et 9. Le formulaire doit être remis au travailleur et à l'employeur.

1. Travailleur

1.1. Nom : Prénoms :
Nom de jeune fille :
1.2. Date de naissance : Nationalité : Sexe :
1.3. Adresse dans le pays compétent (1) :
.....

2. Membres de la famille qui accompagnent le travailleur

2.1. Nom :
Prénoms :
Nom de jeune fille :
Date de naissance :
Lien de parenté :

3. Employeur

3.1. Nom ou raison sociale :
3.2. Adresse (1) :
.....
3.3. Numéro d'immatriculation (2) :

4. Le travailleur désigné ci-dessus est détaché pour une période allant probablement

du au

4 des travaux : Profession :

. Dans l'établissement ci-après:

5. Nom ou raison sociale :

5.1. Adresse (1) :

6. L'intéressé reste soumis pour cette période à la législation du pays où l'entreprise a son siège.

7. Institution désignée du pays où l'entreprise a son siège.

7.1. Dénomination :

7.2. Adresse (1) :

7.3. Cachet :

7.4. Date :

7.5. Signature :

8. A remplir par le travailleur

8.1. Institution compétente en matière d'assurance maladie-maternité (dénomination et adresse (1) :

8.2. Date :

8.3. Signature du travailleur :

9. A remplir par l'employeur

9.1. Institution compétente en matière d'assurance les accidents du travail (dénomination et adresse) (1) :

9.2. Institution compétente en matière d'assurance maladies professionnelles (dénomination et adresse) (1) (2) :

Date :

Signature de l'employeur :

Prolongation de Détachement

Convention : Art. 3, paragraphe 2 - a) Arrangement

A. A remplir par l'employeur

1. Institution destinataire

acministratif : Art. 1er.

1.1. Dénomination :

2 Adresse 2ù :

2. Travailleur

2.1. Nom : Prénoms :

Nom de jeune fille :

2.2. Date de naissance : Sexe :

2.3. Adresse dans le pays compétent (2) :

3. Institution compétente

3.1. en matière d'assurance contre les accidents du travail (dénomination - adresse) (2)

3.2. en d'assurance maladies zenes (dénomination adresse)

4. Le travailleur désigné ci-dessus a détache

4.1. Pour a période du

4.2. des travaux : profession :

4.3. Dans l'établissement ci-après :

5. Nom ou raison sociale :

5.1. Adresse (3) :

Form. B/TUY/2

6. Ce travailleur était porteur d'un certificat de détachement:

6.1. délivré par l'institution suivante (nom et adresse) (2)

2. et couvrant la période du au

7. Nous demandons que ce travailleur continue à être assujéti à la législation (1)

7.1. pour la période de au

3. Employeur

g ou raison scéalé

8.2 Adresse (2)

3.3. Numéro d'immatriculation (5)

a 4. Cachet

3-5. Date :
3.5. Signature

B A remplir par l'autorité compétente ou l'organismé désigné du pays de détachement

9. Nous déclarons

(4) être d'accord ne pas être d'accord 9.1 (

pour que le travailleur cité au cadre 2 continue à être soumis à la législation de sécurité sociale de (I)

9.2. Pendant la période du au

10. Autorité compétente ou organisme désigné du pays de détachement

10.1. Dénomination :

10.2. Adresse (3) :

10.3. Cachet :

10.4. Date :

10.5. Signature

C. A remplir par le travailleur

11. Institution compétente en matière d'assurance maladie-maternité

11.1. Dénomination :	.....
11.2. Adresse (3) :	.....

12. Membres de la famille qui accompagnent le travailleur

Nom	de Prénoms	Date de parenté leur.e fille	Lien de
.....
.....
.....

13. Date:

14. Signature

Form. B/TUN/3

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie (en 4 exemplaires), en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de 4 pages; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

NOTES

(1) Nom du pays

(2) Cade postal, localité, rue, numéro, pays

(3) Cocher s'il s'agit d'une institution autre (3) A remplir s'il s'agit que celle visée au 3.1.

(4) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.

(5) Cette période ne peut dépasser: • le 24ème mois à partir de la date du

(6) Pour la Belgique, il s'agit de:

INDICATIONS POUR L'EMPLOYEUR

a) L'employeur doit remplir la partie A du formulaire en quatre exemplaires, qu'il enverra à l'autorité compétente ou à l'organisme désigné du pays où le travailleur a été détaché.

C'est-à-dire :

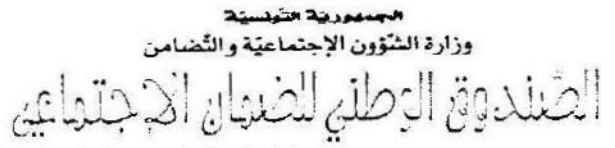
b) Deux exemplaires du à la partie 2. envoyés qui en remettra au tra-
vailleu.r.

INDICATIONS POUR LE TRAVAILLEUR RELIÉ V.7 DE

LEGISLATION BELGE

la) trava.ü.leu.— veillera à demander à son organisme sur belge d'affiliation le renouvellement du document
assureur attestant de ses droits et de ceux des famille aux prestations de santé dans le
membres de sa
chement.

2°) Encas d'accident dz travail. letravailleur doit prévenir l'organisme compétent du lieu de se:cu--ainsi que
socemployeur.



Bureau Régional ou Local de
.....

le
.....

<p>Référence</p> <p>Formulaire :</p> <p>daté du :</p>
--

Objet : Détachement de M.....

Conformément aux dispositions de la Convention Tunisie de Sécurité
Sociale, j'ai l'honneur de vous faire

.....

connaître que la Caisse Nationale de Sécurité Sociale reconnaît le détachement en
Tunisie de M.....

auprès de votre établissement du au.....

Veillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

P/ le Président Directeur Général

المقر الاجتماعي: 49 شارع الطيب المهيري - 1002 تونس البلضيدير - هاتف: 796 744 (1 216) - تليكس: 14063

Siège social : 49, Avenue Taieb M'HIRI -1002 Tunis Belvédère - Tél.: (216 1) 796 744 -LG. - Telex : 14063

Adresse E.MAIL : CNSS.DG @ Email.ati.tn

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي



المكتب الجهوي/المحلي

ب.....

في.....

المرجع

استمارة :

مؤرخة في :

إلى

وحدة .j-→4

! 魁いき量)~.コ.

حيث أقر الصندوق الوطني بوجود السيد
الحامل للجنسية والعامل بصفة
لدى
المنخرط بالصندوق الوطني تحت رقم في وضعية إلحاق بالبلاد
التونسية من إلى طبقا لأحكام
الفصل من الاتفاقية الثنائية التونسية الـ في مجال الضمان الاجتماعي ،
يرجع العامل المذكور أعلاه بالنظر سواء فيما يخص الاشتراكات أو المنافع إلى
المؤسسات الـ للضمان الاجتماعي.

! 魁いしム-上)分. 国可いム.

ط、お、刈、「必一」しこいし区-4.戳・コ、上・スこい

CONVENTION CE-NE-RALE SUR LA SECURITE SOCIALE ENTRE LI REPUBLIQ CETUNIS ET LE ROYAUME BELGIQUE

ATTESTATION CONCERNANT LE DROIT PRSTAT{O.XS EN NATURE EN CAS DE SEJ TE.'IPT)RAIRF-

Application des articles 3, paragraphe 1, 4, paragraphe 2, articles 2 et 10 de la Convention et des articles 9 à 12 l'Arrangement administratif.

Institution du Lieu de séjour /

1.1. Dénomination :
1.2. Adresse (2) :
1.3. Référence : votre formulaire B. Tun. 12 de

2. (3) [] Travailleur (3) [] Titulaire de pension ou de rente

2.1. Nom : Prénoms :
Nom de jeune fille :
Date de naissance : Nationalité : Sexe :
2.2. Profession :
2.3. Adresse dans le pays du lieu de travail (2)
2.4. Institution auprès de laquelle l'intéressé est affilié
2.5. N° d'immatriculation (4)

3. Membres de la famille (5)

3.1. Nom	Prenoms	Nom de jeune fille	Date de naissance	Lien de parenté
.....
.....
.....
.....
.....

3.2. Adresse habituelle (2) (3) :

.....

4.

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

En vertu de la présente attestation, des prestations peuvent être servies dans les limites de durée prévues à
du au

5. Institution compétente

5.1. Dénomination :

5.2. Adresse (2) :

.....

5.3. Numéro d'identification (+) :

5.4. Cachet

5.4. Date :

5.3. Signature

.....

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées.

Il se compose de deux pages de couleurs différentes et d'une notice d'information pour l'assuré.

L'institution compétente remplit les deux pages du formulaire et remet au travailleur ainsi que la notice d'information.

NOTES

(1) À remplir ~~uniquement~~ ^{uniquement quand} le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de séjour.

Code postal, localite, rue. pays.

(3) Mettre une croix dans la case ~~qui~~ ^{qui} présente l'indication appropriée.

(4) À reproduire au cadre 1 du relevé individuel des dépenses ~~3. van. 17.~~

(5) Indiquer uniquement les membres de la famille qui se trouvent temporairement dans l'autre pays concerné.

(6) À indiquer uniquement quand l'adresse des membres de la famille diffère de celle du travailleur ou du titulaire de pension ~~ou~~ ^{ou} de rente.

CONVENTION GENERALE SUR SECURITE SOCIALE ENTRE REPUBLIQUE TUNISIENNE ET LE ROYAUME DE BELGIQUE

ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN DES PRESTATIONS EN COURS

(Application de l'article 11 de la Convention et les articles 13 et 14 de l'Arrangement administratif.)

1. Assuré

1.1. Nom :	Prénoms :
Nom de jeune fille :	Date de naissance :
Nationalité :	Sexe :
1.2. Adresse dans le pays de l'institution auprès de laquelle le travailleur est assuré (2) :	
1.3. Numéro d'immatriculation (6) :	

2. Membre de la famille qui se rend dans l'autre pays (3x)

Z.1. Nom :	Prénoms :
Nom de jeune fille :	
Lien de parenté :	habituelle (3)
2.2. Adresse habituelle	

3. La personne désignée (4) (5) au cadre I au cadre 2

est autorisé à conserver le bénéfice des prestations en nature de l'assurance maladie.

3.1. A partir du au

4. Rapport du médecin-conseil

4.1.	est joint à la présente sous pli fermé.
(4)	
4.2.	a été remis le
(4)	à n'a pas été
4.3.	établi peut être demandé par lettre
(4)	
(4)	

5. Lorsque a droit aux prestations en espèces, l'institution elle les

compétente précisera et paie directement l'intéressé.

6. Institution compétente (1)

Dénomination	:	.....
62.	:	.....
6-3. Numéro d'identification (6)	:	.....
Adresse (2)	:	.....
6.4. Cachet	:	.....
	6,4. Date	:
	6.5 Signature	:

Form. B/TUN/8

INSTRUCTIONS

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

Il se compose de 3 pages, et d'une notice d'information, aucune d'entre elles ne peut être ~~supprimée,~~ même si elle ne contient aucune mention utile.

N O T E S

- (1) Organisme assureur Institution tunisienne.
- (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (3) A indiquer seulement quand l'adresse du membre de la famille diffère de celle du travailleur.
- (4) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée
- (5) Lorsque l'intéressé (e) a également droit aux prestations en espèces, l'Institution compétente l'indique au cadre 5 et précise si elle les verse directement à l'intéressé (6) A reproduire au cadre I de la fiche individuelle de dépenses FOL B./Tun. 17.

CONVENTION GENERALE LA SCC', JIRITt COICIALC Fi. fiRE LA BELGIQUE ET

TUNISIE

ATTESTATION CONCERNANT LE MAINTIEN ~~DES~~ PRESTATIONS EN NATURE EN RAPPORT

AVEC L'ACCIDENT AVAIL ~~AVEC LA MALADIE PROFESSIONNELLE~~ TRAVAIL

(Application de l'article 29 de la Convention et de l'article 57 de l'Arrangement administratif).

(en caractères d'imprimerie)

1. Renseignements concernant le travailleur

1.1. Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Nationalité
.....			
1.2. Lieu et date de naissance :			
1.3. Adresse : - dans le pays de la nouvelle résidence			
- Localité : Rue : n° ..			
Pays :			
- dans le pays de l'institution auprès de laquelle le travailleur ou le titulaire est assuré avant le transfert de la résidence :			
- Localité : rue : n° :			
Pays :			
1.4. Profession :			

2.

2.1. Institution auprès de laquelle le bénéficiaire est assuré :

.....

2.2. Numéro du dossier du travailleur :

3. Les prestations peuvent être accordées en vertu de l'article 29 de la Convention et de l'article 57 de l'Arrangement administratif uniquement pour les soins en rapport avec l'accident du travail.

travail, à partir de et jusqu'à notification
 de cessation du droit.

3.2 CACHET



3.3 A....., le

3.4. (Signature).

REMARQUES

1. - Pour le travailleur au bénéfice de la législation belge, l'attestation est à remettre par l'organisme d'assurance (accident du travail) ou maladie professionnelle à l'intéressé (e) pour et présentée à l'organisme tunisien.

En outre, l'organisme d'assurance (accident du travail ou maladie professionnelle) en transmet une copie à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité qui la fera parvenir à l'organisme tunisien.

Pour le travailleur au bénéfice de la législation tunisienne l'attestation est à remettre à l'intéressé(e) par l'organisme tunisien pour être présentée à la mutualité choisie en Belgique (accident du travail) ou le Fonds des Maladies professionnelles qui doit obligatoirement en accuser réception auprès dudit organisme.

2. - Le (La) bénéficiaire est tenu(e) d'informer l'institution du lieu de résidence de tout changement dans sa situation, notamment tout transfert de résidence ou de séjour.

3. - En cas d'hospitalisation, l'institution du lieu de résidence notifie à l'institution compétente, dans un délai de huit jours suivant la date à laquelle elle en a pris connaissance, la date d'entrée à l'établissement hospitalier et la durée probable de l'hospitalisation.

SECURITE SOCIALE ENTRE LA REPUBLIQUE

TUNISIE, LE ROYAUME DE BELGIQUE

SECURITE SOCIALE

Exercice du droit d'option

Convention : Art. 4, paragraphe 2

Arrangement administratif : Art. 2,

A. Option

I. Le soussigné

1.1. Nom :	Prénoms :	
Nom de jeune fille		
1.2. Date de naissance :	Nationalité :	Sexe :
1.3. Adresse (1) :		

2. occupé depuis le
2.1. (2) [] comme auprès de la mission diplomatique
ou du poste consulaire ci-après :
2.2. (2) [] comme (3)
au service personnel de l'employeur suivant (4)
agent de la mission diplomatique ou du poste consulaire ci-après :
3. déclare opter pour l'assujettissement à la législation de sécurité sociale de (5)

4. Lieu et date
5. Signature

FORM. B/TUN/3

B. Attestation

6. Nous prenons acte de ce que le travailleur mentionné au point 1 est assujetti à la législation
6.1. à partir du
6.2. pour la période durant laquelle il occupera l'emploi indiqué à la partie A
7. Institution désignée par l'autorité compétente

7.1. Dénomination
7.2. Adresse (1) :
7.3.
7.4. Date :
7.5. Signature

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées et être adressé, en quatre exemplaires, à l'Office national de sécurité sociale à Bruxelles pour les travailleurs qui optent pour la législation belge
et à pour les travailleurs qui optent pour la législation de l'autre Etat contractant.

NOTES

-
- (1) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
 - (2) Donner les indications 2.1. ou 2.2. selon la situation du travailleur qui remplit le formulaire, et mettre une croix dans la case correspondante.
 - (3) Indiquer la qualité de l'intéressé : chauffeur, cuisinière, etc.
 - (4) Indiquer les noms et prénoms de l'employeur.
 - (5) Indiquer le pays.

INDICATIONS POUR LE TRAVAILLEUR QUI OPTÉ POUR L'APPLICATION DE LA LEGISLATION BELGE

- 1°) Si cette formalité n'a pas encore été accomplie, le travailleur doit au moment de l'option, s'affilier à un organisme belge d'assurance maladie-invalidité.
- 2°) Le travailleur doit remettre régulièrement les bons de cotisation à cet organisme assureur d'affiliation.
- 3°) Le travailleur doit solliciter auprès de cet organisme le document d'ouverture du droit aux soins de santé pour lui-même et pour les membres de sa famille qui l'accompagnent. Par la même occasion, il sera renseigné sur les formalités à accomplir dans les pays du lieu de travail afin de sauvegarder ses droits.

INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE PRESTATIONS EN NATURE

(L'institution du lieu de séjour remplit la partie A et transmet deux exemplaires du formulaire l'institution compétente. Si cette institution estime ne pas pouvoir envoyer le formulaire demandé, remplit la partie B et retourne un des deux exemplaires à l'institution du lieu de séjour),

A. A remplir par : l'institution du lieu de séjour ou de résidence.
Institution destinataire ()

1.1. Dénomination :
.....
1.2. Adresse (2) :
.....

(3) Titulaire de pension ou rente

(3) Travailleur

2-1. Nom : Prénoms :

Nom de jeune fille : Date de naissance

I Nationalité : Sexe .

22 Adresse dans le pays d'affiliation ou le pays de l'ancienne affiliation (2)

2.3. NO d'immatriculation :

Dernier employeur(4)

Dernie

Membre de la famille (5)

Nom : Prénoms :

Nom de jeune fille : Lien de parenté :

4.2. Adresse dans le pays de séjour (2) (6)

3) Nous avons reçu une demande émanant de la personne indiquée

(3) au cadre 2

(3) au cadre 4

et tendant à obtenir

3.1. Nom ou raison sociale :

3.2. Adresse (2) :

3.3. Branche d'activité :

3.4. Institution d'assurance contre les accidents du travail laquelle l'employeur est affilié :

Nous avons reçu une demande émanant de la personne indiquée

(3) au cadre 2(3)

au cadre 4

3.1. (3) l'octroi des prestations en nature le maintien du

3.2. (3) droit aux prestations en nature

DÉT

3.3. (3) maladie

(3) maternité

(3) accident du travail

(3) maladie professionnelle

☺ Veuillez nous faire parvenir l'attestation de droit a prestation sur formulaire **Tun./B.** ou nous aviser l'impossibilité de la délivrer.

Institution du lieu de séjour

7.1. Dénomination :

7.2. Adresse (2) :

7.3. Cachet .

7.4. Date :

7.5. Signature

B. A remplir par l'institution compétente

n'est pas possible à l'institution compétente de délivrer l'attestation demandée partie A, parce que

O Institution compétente

9.1. Dénomination :

9.2 Adresse (2) ;

9.3. Cachet :

9.4. Date :

9,5. Signature :

I NSTRUCT IONS

Le formulaire doit être rempli ea caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées, Il se compose de 3 pages; aucuae d'entre elles ne peut être supprimée. même si elle ne contient aucune mention utile.

NOTES

- (1) Dénomination et adresse de l'institution d'assurance compétente : pour Belgique : organisme assureur; pour la Tunisie : Caisse nationale de sécurité sociale.
- (2) Code postal. localité, rue, numéro, pays.
- (3) Mettre une croix dans la case qui précède l'inèiea:icn appropriée.
- . 4) A consigner seulement dans le cas où l'institution compétente est inconnue,
- (5) A remplir seulement pour le membre de la famille pour tequel il a été présenté une demande de prestations. Inscrire de toute façon les données concernant le travailleur assuré.

(6) A remplir seulement si l'adresse du membre de la famille diffère de celle du chef de famille.

CONVENTION BILATERALE TUNISO-BELGE DE SECURITE SOCIALE

**LISTE DES PROTHESES,
DU GRAND APPAREILLAGE
ET DES AUTRES PRESTATIONS
EN NATURE DE GRANDE IMPORTANCE**

1. Appareils de prothèses et appareils d'orthopédie ou appareils tuteurs y compris les corsets orthopédiques en tissu armé ainsi que tous suppléments, accessoires et outils.
2. Chaussures orthopédiques et chaussures de complément (non orthopédiques).
3. Prothèses maxillaires et faciales.
4. Prothèses oculaires, verres de contact.
5. Appareils de surdité.
6. Prothèses dentaires (fixes et amovibles) et prothèses obturatrices de la cavité buccale.
7. Voitures pour malade et fauteuils roulants.
- 8 Renouvellement des fournitures visées aux alinéas précédents.
9. Cures.
- 10 Entretien et traitement médical dans une maison de convalescence, un préventorium, un sanatorium ou un aérium.
- 11 Mesures de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle.

Caisse Nationale de Sécurité Sociale  *الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي*

Bureau Régional - Local de

المكتب الجهوي - المحلي بـ

Décompte de Remboursement de Frais de Soins
Convention Tuniso- . de Sécurité Sociale

L' Assuré Social

Le Bénéficiaire

Assuré Conjoint Titulaire de pension Travailleur Titulaire de pension Assuré Conjoint Enfant
 Nom et Prénom :
 Matricule en Tunisie :
 Matricule dans l'autre pays :
 Prénom :
 Nom :
 Date de naissance :

Valable du au
 Soins du au
 Formulaire daté du

Consultations		Montants à rembourser	Actes Professionnels			
			Lettre clef	Cotation	Tarif unitaire	Montant à rembourser
de médecine générale			KC		1.400	
de médecine dentaire			KE		1.200	
de spécialiste			Rd		0.900	
de professeur ou maître de conférence agrégé			Ri		0.900	
			Rt		0.900	
Frais de pharmacie			B		0.160	
			P		0.160	
Hospitalisation : catégorie de l'établissement, spécialité et nombre de jours			APB		0.800	
			D		0.850	
			SF		0.600	
			AMM		0.600	
			AMO		0.600	
			AMY		0.600	
			AMI		0.500	
Autres Soins						
Sous-Total			Sous-Total			

Total général

Arrêté à la somme de

Le vérificateur

Le décompteur

CONVENTION GENERALE SUR LA SECURITE SOCIALE ENTRE LA REPUBLIQUE TUNISIENNE
ET LE ROYAUME DE BELGIQUE

RELEVÉ INDIVIDUEL DES DEPENSES EFFECTIVES POUR SOINS DE SANTE

Application de l'Article 17 de l'Arrangement administratif
Etablir un relevé distinct par bénéficiaire des prestations

① Institution compétente

1.1. Dénomination :
1.2. Adresse (2) :
1.3. Numéro d'identification (1) :

② Travailleur

Titulaire de pension

2.1. Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance
Nationalité :		Sexe :	
2.2. Adresse dans le pays d'affiliation (2) :			
2.3. Numéro d'affiliation :			

③ Membre de la famille (3)

3.1. Nom	Prénoms	Nom de jeune fille	Date de naissance	Lien de parenté

④ La personne indiquée (4) au cadre 2

(4) au cadre 3

a bénéficié des prestations.

4.1. Au vue de la formule suivante utilisée B/Tun/N° 8.

a b ezefici  des prestado=s.

de La

⑥ Dépenses effectuées pour

(5) Maladie <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	Accident autre qu'un accident de travail	5.1. Montants (5)
(5) Accident de travail <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	Maladie professionnelle	
5.2. Période pour laquelle les prestations ont été accordées du au			
5.3 Soins médicaux			
5.4. Soins dentaires (6)			
5.5. Hospitalisation (7)			
5.6. Divers (à préciser)			
.....			
.....			
TOTAL			

⑥ Institution du pays créancier

6.1. Dénomination :
6.2. Adresse (2) :
.....
6.3. Cachet :
6.4. Date :
6.5. Signature :

INSTRUCTIONS

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

NOTES

- (1) Reprendre le numéro d'identification qui figure sur la formule B/Tun/3 ou B/Tun/11.
- (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (3) A indiquer seulement quand le décompte se rapporte à un membre de la famille de l'assuré.
- (4) Mettre une croix dans la case qui précède l'indication appropriée.
- (5) Montant réel des prestations accordées. Indiquer le montant dans la monnaie nationale.
- (6) Pour les prestations servies en Tunisie, ces dépenses sont comprises dans la rubrique « soins médicaux ».
- (7) En cas d'hospitalisation, mentionner le nombre de journées.

CONVENTION GENERALE SCR LA SECCIRJ1ü SOCIALE ENTRE REPUBLIQUE TUNISIENNE
ET LE ROYAUME DE BELGIQUE

DEMANDE CONCERNANT L'OCTROI DE PROTHESE D'APPAREILLAGE, ETC.,

ication des articles et 29 de la Convention.

LK -forTEelaire est à établir en d'zble exemp laires et seulement)orsquc -e remboursement entre institutions s'effectue sur base des dépenses réelles

1. Institution destinataire

1.1. Dénomination :

1.2. Adresse :

2. (3) Travailleur

(3) Titulaire de pension ou de rente

2.1. Nom : Prénoms :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Nationalité : Sexe :

2.2. Adresse dans le pays de séjour (2) :

2.3. Numéro d'affiliation :

2 Membre de la famille concerné

3.1. Nom : Prénoms :
Nom de jeune fille : Date de naissance :
.....
Lien de parenté :
3.2. Adresse dans le pays de séjour ou de résidence (2) :
.....

4. La personne indiquée au (3) cadre 2
au (3) cadre 3

4.1. Vient de présenter un certificat du docteur :
.....
4.2. en date du
4.3. attestant la nécessité de l'octroi de :
.....

Form. B TUN/1

5. Veuillez trouver ci-joint ce certificat (4)

6. Veuillez nous communiquer votre accord pour l'octroi des prestations en question en remplissant la partie B du présent formulaire.

7. Institution du lieu de séjour ou de résidence

7.1. Dénomination :
7.2. Adresse (2) :
.....
7.3. Cachet :
7.4. Date :
7.5. Signature :

B. Décision de l'institution compétente

8. Comme soit au point 7, nous avons l'honneur de vous faire que les prestations indiquées point 4.3
— peuvent servir (S)
— ne peuvent servir (5)

8.2. Motif :

9. Institution compétente

9.1. Dénomination :	.....
9.2. Adresse (2) :	.....
9.3. Cachet :	.....
9.4. Date :	.....
9.5. Signature :	.....

INsnLjcr10NS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées
 Il se compose 2

pages, aucune d'entre elles ne peut s'opprimer, même si elle ne contient aucune mention utile.

N O T E S

(1) Institutions d'assurances maladie, organisme d'assurance accidents du travail.

(2) Code postal. localité, rue. numéro. pays.

(3) Mettre une croix dans la case appropriée.

(4) Ce certificat médical sera joint à demande sous pli fermé.

(5) Biffer la mention inutile.

CONVENTION GENERALE SUR LA SECURITE SOCIALE ENTRE LA REPUBLIQUE TUNISIENNE
ET LE ROYAUME DE BELGIQUE

NOTIFICATION DE L'OCTROI DE PROTHESES, D'APPAREILLAGE, ETC...

Application des articles 10, 11 et 29 de la Convention.

A adresser en double exemplaires et seulement lorsque le remboursement entre institutions s'effectue sur base des dépenses réelles.

1. Institution destinataire (1)

1.1. Dénomination :

1.2. Adresse (2) :

2. (3) travailleurs

(3) Titulaire de pension

2.1. Nom : Prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Nationalité : Sexe :

2.2. Adresse dans le pays de séjour (2) :

2.3. Numéro d'affiliation :

3. Membre de la famille concerné

3.1. Nom : Prénoms :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Lien de parenté :

3.2. Adresse dans le pays de séjour ou de résidence (2) :

4. La personne indiquée au (3) au cadre 2

(3) au cadre 3

4.1. a présenté un certificat du docteur

4.2. en date du

4.3. attestant l'urgence absolue de l'octroi

- 5. Veuillez trouver ci-joint ce certificat. (4)
- 6. Notre institution a assuré à l'intéressé (e) le service des prestations visées au point 4.3.
- 7. Institution du lieu de séjour ou de résidence.

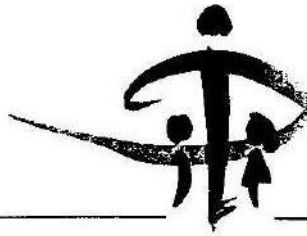
7.1. Dénomination :	
7.2. Adresse (2) :	
7.3. Cachet	7.4. Date :
	7.5. Signature

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie en utilisant uniquement les lignes pointillées.

NOTES

- (1) Institution d'assurance maladie, organisme d'assurance accidents du travail.
- (2) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- (3) Mettre une croix dans la case appropriée.
- (4) Le certificat médical sera joint à la présente notification sous pli fermé.



Bureau Régional – Local
de

..... le

DECISION DE PRISE EN CHARGE de frais
d'HEMODIALYSE RENALE dans le cadre de la
convention bilatérale tuniso-.. en matière de
sécurité sociale

Référence .

Le Président Directeur Général de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale,

Vu l'attestation concernant le droit aux prestations en nature (formulaire)
concernant le ter du établie en faveur de M
droit aux
prestations en
nature (formulaire valable à compter du immatriculé à la ... sous le numéro

:

Vu le certificat d'admission en hémodialyse de M établi par le .
.....
.....

DECIDE

Article I^{er} : La Caisse Nationale de Sécurité Sociale prend en charge la totalité des frais des séances d'HEMODIALYSE RENALE à : en faveur de M(me)

Assuré(e) Social(e) N^o

Article 2 : La durée de cette prise en charge est fixée à jours à compter du à raison de séances par semaine.

Article 3 : Aucune prolongation de prise en charge ne sera accordée sans l'accord préalable de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Article 4 : La Caisse Nationale de Sécurité Sociale se réserve le droit de procéder à toutes les opérations de contrôle nécessaires concernant le bénéficiaire de la présente prise en charge.

L'opération de contrôle englobe les aspects sanitaire et médical ainsi que les conditions de déroulement des séances d'hémodialyse prises en charge au sein du d'hémodialyse.

P/ LE PRESIDENT DIRECTEUR GENERAL

Caisse Nationale de Sécurité Sociale

Bureau Régional ou Local
de

.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Convention bilatérale tuniso-

.....

en matière de sécurité sociale.

Nom et Prénom du travailleur :

.....

.....

Date de naissance :

Pièce d'identité : type : Numéro :

Numéro d'immatriculation (à l'Etranger) :

Caisse ou Centre de sécurité sociale :

Adresse en Tunisie :

.....

Adresse à l'Etranger :

.....

Nom ou raison sociale et adresse de l'employeur :

.....

Adresse en Tunisie

Motif du séjour en Tunisie :

Entrée en Tunisie (par voiture particulière, par avion, ...) :

Durée de l'incapacité :

Pièces fournies :

.....

Formulaire présenté :

Observations particulières :

.....

..... le

Signature de l'assuré

RAPPORT MEDICAL

1. Institution compétente destinataire

1.1. Dénomination :
1.2. Adresse (1) :
.....

2. Travailleur

2.1. Nom :	Prénoms	Nom de jeune fille
.....
Nationalité :		
Date de naissance :		Sexe :
2.2. Adresse dans le pays de séjour ou de résidence (1) :		
.....		
2.3. Profession principale exercée durant la carrière :		
2.4. Dernière profession exercée :		
2.5. Numéro du dossier en Tunisie :		
Numéro d'affiliation ou numéro du dossier en Belgique :		
2.6. Nom du malade :		Lieu de parenté :
2.7. Date de l'examen ou date de la présentation de la demande des indemnités d'invalidité (certificat médical d'incapacité de travail établi par le médecin traitant) :		

3. Etabli par le Docteur :

3.1. Demeurant à :

3.2. Médecin de (institution) :

4. Conclusions (2)

4.1. L'incapacité de travail ou l'invalidité est-elle temporaire ou définitive ?	
.....	
4.2. Durée probable de l'incapacité ou de l'invalidité :	
du :	au :
4.3. Quand l'intéressé devra-t-il être examiné de nouveau ?	
.....	
4.4. L'intéressé	est hospitalisé
	n'est pas hospitalisé
du :	au :
4.6. Date de sortie de l'hôpital :	

5. Institution du lieu de résidence ou de séjour

5.1. Dénomination :	
5.2. Adresse (1) :	
.....	
5.3. Cachet	5.4. Date . :
	ture du médecin :
5.5. Signature du médecin	

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de 2 pages, aucune d'elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

NOTES

- (1) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
 (2) A ce document est joint un diagnostic complet.

N 1 2

な員三人、一

こ4しd31こ「師」.

。こし。洋、員、

إلتزام

بخصوص إسناد منافع العلاج وجراية الأيتام
 للبيوت بدون دخل وغير متزوجة

إني المعضية أسفله :
إبنة مضمون إجتماعي مسجل بالصندوق الوطني تحت رقم :
تعريف وطنية رقم :
القائمة ب :
المسجلة بأحد الصناديق الإجتماعية : (1)

لا

نعم

أتمتع بتفقة أو جارية طلاق : (1)

لا

نعم

أطلب الحصول على (1) :

حـ و، ٠

جارية بالإيتام

وأشهد أنني غير متزوجة وليس لي أي مورد رزق أو ممتلكات.

كما ألتزم بإعلام الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي في الإبان بكل تغيير يطرأ على حالتي العائلية
والمهنية وإلا تعرضت إلى العقوبات المنصوص عليها بالفصل 100 من القانون عدد 30 لسنة 1960 المؤرخ في
14 ديسمبر 1960. (2)

a-e

.....

الإمضاء معرفيه

(1) ضع علامة (X) في المربع المناسب.

(2) يجدر التذكير بأن الفصل 100 من القانون اشارة إليه أعلاه ينص على أن كل أجير يتسلم أو يحاول أن يتسلم
من سوء نية منافع لا يستحقها بمقتضى القانون نسلط عليه العقوبات التي إقتضاها الفصل 291 من القانون

الجزائري مع إحتفاظ الصندوق بحقه في الحصول على غرامات لا تقل عن المبالغ التي دفعها.

Imp CNSS

Form. B/10/10

CONVENTION GENERALE SUR LA SECURITE SOCIALE ENTRE LA REPUBLIQUE TUNISIENNE
ET LE ROYAUME DE BELGIQUE

ATTESTATION CONCERNANT LE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DES TITULAIRES
DE PENSIONS OU DE RENTES

Application des articles 12 et 13 de la Convention et des articles 15, 16 et 32 de l'Arrangement administratif.
(L'institution compétente du pays débiteur de la pension ou de la rente remplit la partie A de la formule.)

A. NOTIFICATION DE DROIT

1. Titulaire de pension ou de rente

1.1. Nom :	Prénoms :	
Nom de jeune fille :		
Date de naissance :	Nationalité :	Sexe :
1.2. N° d'affiliation (3) :		
1.3. Adresse sur le territoire du pays débiteur de la pension (1) :		
1.4. Adresse dans le nouveau pays de résidence (1) :		
1.5. Date du transfert de résidence :		

2. A remplir par l'institution débitrice de la pension ou de la rente

2.1. L'intéressé désigné ci-dessus est titulaire d'une pension ou d'une rente. (2) <input type="checkbox"/> de vieillesse <input type="checkbox"/> d'invalidité <input type="checkbox"/> de survie (2) <input type="checkbox"/> d'accident de travail <input type="checkbox"/> de maladie professionnelle
2.2. depuis le
2.3. Numéro de la pension ou de la rente :
ou d'une rente.

professi'.u.

3. Institution qui a rempli le cadre 2

3.1. Dénomination :

3.2. Adresse (1) :

3.3. Cachet :

3.4. Date :

3.5. Signature :

-werapižr l'institution compétente pour l'assurance maladie des titulaires de pensions ou par débitez.- la pension ou de la rente. r.:es du aeys

L'intéressé cleslgr.e au et kes membres de sa famille ont droit aux prestations en nature d'assurance maladie x.a'-'e.-nité du pays cétie:eur de la pension de la rente, à partir du

avec cotisation sans cotisation

prestations en nature nous incor partir du

La Jusqu'ar.aula d'ation de la présente attestation charge des inco:n-be à

4,3.

5. Institution qui a rempli le cadre 2

5.1 Dénorrraaaar. :

5,2. Adresse (1) :

5,3. Numéro d'identification (3) :

5.4. Cachez

5.5. Date :

5.6. Signature :

5. NOTIFICATION DE L'INSCRIPTION OU DE LA NON-INSCRIPTION

5. (4)

6.1. Le titulaire de pension désigné au cadre I et les membres de sa famille n'ont pas pu être inscrits.

6.2. (2) parce que l'intéressé est bénéficiaire d'une d'une pension accordée en vertu de la législation de notre pays.6.3. (2) parce que l'intéressé a la qualité de travailleur ouvrant droit à l'assurance maladie en vertu de la législation de notre pays.

7. (4)

7.1. Le titulaire de pension désigné au cadre I et les membres de sa famille ont été inscrits.

7.2. (2) l'intéressé n'est pas bénéficiaire d'une pension en vertu de la législation de notre pays.7.3. (2) l'intéressé n'a pas la qualité de travailleur lui ouvrant droit à l'assurance maladie en vertu de la législation de notre pays.

8. Institution du lieu de résidence

8.1. Dénomination :

8.2. Adresse (1) :

8.3. Cachet

8.4. Date :

8.5. Signature

.....

I_v uctiONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de 4 pages, aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

INDICATIONS POUR LE TITULAIRE DE LA PENSION OU DE LA RENTE

- a) Vous devez remettre au plus tôt tous les exemplaires du présent formulaire à l'institution d'assurance maladie régionale ou locale du pays de votre nouvelle résidence.
- b) Vous devez signaler à l'institution d'assurance-maladie à laquelle vous avez remis le formulaire tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (suspension ou suppression de la pension ou de la rente, changement de votre lieu de résidence ou de celui d'un membre de votre famille, etc...).

N O T E S

(1) Code postal, localité, rue, numéro, ?2ÿS.

(2) une Croix dans la case = recède indicat:cn appropriée.

(3) A reproduire au cadre 2 la e de dépenses. collective de

(4) Remplir le cadre ô ou li mettre une croix dans case corresaondan:e

ou le

cadre selon cas et

c.-o:x dans case corresaondan:e

CONVENTION GENERALE SUR LA SECURITE SOCIALE ENTRE LA REPUBLIQUE TUNISIENNE
ET LE ROYAUME DE BELGIQUE

ATTESTATION CONCERNANT LA CESSATION DU DROIT AUX
PRESTATIONS EN NATURE DES MEMBRES DE LA FAMILLE

Application de l'article 8 (3), dernier alinéa, et 8,4) dernier alinéa de l'Arrangement administratif.
A établir en trois exemplaires par l'institution compétente du pays d'affiliation).

1. Institution du lieu de résidence

Dénomination :
Adresse :
.....
.....

2. Assuré

CONVENTION GENERALE SUR SECURITE SOCI, U-E ENTRE LA REPUBLIQUE TUNISIENNE
ET LE ROYAUME DE BELGIQUE

ATTESTATION CONCERNANT LA CESSATION DU DROIT AUX PRESTATIONS EN
NATURE DES MEMBRES DE LA FAMILLE

1.1. Nom. : Prénoms :
Nom de famille :
Sexe :
Nationalité :
Date de naissance : Numéro d'immatriculation :
1.2. Adresse :
.....

3. Membre de la famille (2)

3.1. Nom : Prénoms :

Nom de jeune Elie :

Lien de parenté Date de naissance :

32. Adresse :

4. Le droit aux prestations **en nature attesté** par notre B frun/6

a été suspendu ou supprimé à partir du

41. Pour le motif suivant :

.....

Institution compétente

Dénomination :

Adresse (1) :

Cachet :

5.4. Date :

5.5. Signature :

INSTRUCTIONS

Formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées.

Code postal, localité, rue, numéro, pays.

Indiquer un seul membre de la famille.

CONVENTION GENERALE SER LA SECURITE SOCIALE-EXTRÊ REPUBLIQUE TUNISIENNE
ET LE ROYAUME DE BELGIQUE

AVIS DE SUSPENSION OU DE SUPPRESSION DÛ DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE ES
TITULAIRES DE PENSIONS OU DE RENTES

Application des articles 15 et 16 de l'Arrangement administratif

Institution du lieu de résidence

1. Dénomination :

Adresse (i) :

Titulaire
de pension
ou de
rente

Nom : Prénoms :

de jeune fille :

Nationalité :

2. No^o d'affiliation :

2.3. Adresse dans le pays de résidence (l) :

2.4. Numéro de la pension ou de la rente :

3. Le droit à prestations en nature attesté par notre formulaire Tun. 'B. 13 du a été suspendu ou supprimé pour le motif suivant :

3.1. (2) La pension ou la rente du titulaire désigné ci. dessus est suspendue ou supprimée depuis le

3-2. (2) Le titulaire désigné ci-dessus est décédé le...

.....

3.3. (2) . Autres motifs :

Institution compétente

4.1. Dénomination : .....	.....
4.2. Adresse (1) : .....	.....
.....
4.3. Cachet :	4.4. Date :
.....	4.5. Signature :
.....

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, et les lignes pointillées doivent être utilisées.

N o r F. S

- 1) Code postal, localité, rue, numéro, pays.
- 2) Mettre une croix dans la Case qui précède l'indication appropriée.



Bureau Régional – Local
de

Statistiques Mensuelles d' Activité

Prestations d'Assurance Maladie dans le cadre de la
Convention bilatérale tuniso-belge de sécurité sociale
mois de

Détachement .

- nombre de nouveaux dossiers de détachements
- nombre de dossiers de prolongation de détachements:

Remboursement de frais de soins :

- nombre de décomptes remboursés :
- montant des frais de soins remboursés :

Remboursement des frais de prothèses, grand appareillage et prestations en nature de grande importance :

- nombre de demandes d'accord préalable (formulaire B/TUN/15) adressées aux institutions belges de sécurité sociale
- nombre de notifications d'octroi (formulaire B/TUN/16) adressées aux institutions belges de sécurité sociale (cas d'urgence) :
- montant des frais de prothèses, grand appareillage et prestations en nature de grande importance remboursés:

Prise en charge des frais d'hémodialyse :

- nombre de décisions de prise en charge accordées .
- montant des factures réglées:

Dossiers d'incapacité de travail :

- nombre de dossiers déposés :
 - nombre de décisions reçues des institutions belges et communiquées aux travailleurs concernés .
-

Cartes de Soins .

- nombre d' attestations de droit exploitées
- B/TUN/6
- B/TUN/13 :
- nombre de notifications de suspension ou de suppression de droit exploitées . B/TUN/7 :
- B/TUN/14 :
- nombre de cas de renouvellement de cartes de soins :
- nombre de cas de retrait de cartes de soins •