

Risques Professionnels

Contact PHILIPPE RAVAILHE
Téléphone 3646

Monsieur [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

N° sécurité sociale 1 52 03 03 [REDACTED]
Prénom, Nom [REDACTED]
N° du dossier 130930316
Date M.P 30 Septembre 2013

Date Le 3 Avril 2014

Objet Notification de prise en charge d'une maladie professionnelle dans le cadre des tableaux

Monsieur,

Vous avez formulé une demande de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie dont vous souffrez.

Votre dossier a été examiné dans le cadre du 2ème alinéa de l'article L.461.1 du Code de la sécurité sociale et il ressort que votre maladie Leucémies inscrite au tableau TABLEAU N° 6 : Affections provoquées par les rayonnements ionisants est d'origine professionnelle.

Votre maladie est prise en charge au titre de la législation relative aux risques professionnels.

Si toutefois, vous estimez devoir contester cette décision, vous devez adresser votre réclamation motivée, accompagnée de ce courrier, de préférence par lettre recommandée avec accusé de réception, à la commission de recours amiable de notre organisme situé :

Secrétariat de la Commission de Recours Amiable
de la Caisse d'Assurance Maladie
CPAM

31093 TOULOUSE CEDEX 09

dans les **deux mois** suivant la réception de cette lettre, en joignant tout élément que vous jugerez utile pour l'examen de votre recours

Je vous prie d'agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

Votre correspondant Risques Professionnels.

PHILIPPE RAVAILHE



CAISSE PRIMAIRE
D'ASSURANCE MALADIE
Service Accidents du Travail
9, rue Léopold Saur
31093 TOULOUSE CEDEX 09

(ne cocher qu'une seule case)

- initial
- final
- de prolongation
- de rechute

Volet 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

Assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation :

nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se)) :

prénom : *Benoit*

adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : ville : n° téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?

date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : *30 09 2013* (voir notice ①)

présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)

(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

Employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

adresse :

n° téléphone :

courriel :

Les renseignements médicaux

constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ①)

traumatisme
leucémie lymphoïde chronique
avec rayonnements ionisants post-exploitation

conséquences

soins sans arrêt de travail jusqu'au

arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) inclus

sorties autorisées : oui à partir du non

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ①)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non oui à partir du (voir notice ①)

reprise de travail le (voir notice ①)

reprise d'un travail léger pour raison médicale à partir du

(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ①)

éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaires ou la reprise d'un travail léger

(voir notice ①)

conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ①)

guérison avec retour à l'état antérieur date

guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date

consolidation avec séquelles date *29 09 2014*

certificat établi le *29 09 2014*

identification du praticien et, le cas échéant, de l'établissement

signature du praticien *MAURICE - MAURICE*