

**OCTROI (OU RENOUELEMENT) DES PROTHESES
GRAND APPAREILLAGE ET PRESTATIONS EN NATURE
DE GRANDE IMPORTANCE**

*(Articles 24 et 30 de l'Accord ;
Articles 43 et 60 de l'arrangement administratif général)*

Dossier n°

1. L'utilisation du présent formulaire concerne :
 - 1) les travailleurs en séjour temporaire dans l'autre pays (article 17 de l'Accord) ;
 - 2) les travailleurs détachés et les membres de leur famille (article 23 de l'Accord) ;
 - 3) les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant transféré leur résidence dans l'autre pays (articles 26 ou 27 de l'Accord) ;
2. Le présent formulaire, établi en double exemplaire, est adressé par l'institution du pays de séjour ou de la nouvelle résidence à l'institution compétente de l'autre pays.
3. En cas d'autorisation à donner par l'institution compétente, un exemplaire dûment complété est renvoyé à l'institution de séjour ou de la nouvelle résidence dans les plus brefs délais.
4. L'avis d'urgence n'appelle pas de réponse de la part de l'institution d'accidents du travail ou d'affiliation compétente.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT

I – LE TRAVAILLEUR

Nom :

Nom de jeune fille (le cas échéant) :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe : masculin-féminin ⁽¹⁾

Nationalité : française - gabonaise ⁽¹⁾

Adresse précise du travailleur dans le pays de séjour ou de la nouvelle résidence :

Qualité : ⁽¹⁾

- le travailleur en séjour temporaire
- le travailleur détaché
- membre de la famille d'un travailleur détaché
- victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
 - autorisé à transférer sa résidence
 - victime d'une rechute

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale :

S'il s'agit d'une victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle :

Numéro de la rente (le cas échéant) :

Numéro du sinistre ou du dossier :

(1) Biffer la mention inutile

II – LE MEMBRE DE LA FAMILLE

Nom :
Nom de jeune fille (le cas échéant) :
Prénoms :
Date de naissance :
Lien de parenté avec le travailleur :

III – LA PRESTATION

LE CERTIFICAT MÉDICAL, annexé, sous pli fermé, au présent formulaire, établi par :

Le Docteur :
demeurant à :
et portant la date du
atteste la nécessité :

- de l'OCTROI – du RENOUELEMENT ⁽¹⁾ de l'appareil ci-dessous indiqué :
.....
.....
- du TRAITEMENT MÉDICAL ci-dessous décrit :

d'une durée prévisible de :
le MONTANT des frais s'élève, suivant estimation, à :

.....CFA.....FF

Observations :
.....

(1) Biffer la mention inutile

L'INSTITUTION DU PAYS DE LA NOUVELLE RÉSIDENCE OU DE SÉJOUR

Dénomination :

Adresse :

L'institution ci-dessus désignée :

1. AVISE l'institution compétente de l'autre pays que la prestation en cause a été servie d'URGENCE, le
ou à compter du

Pièces médicales jointes (énumération) :

.....

.....

2. DEMANDE à l'institution compétente de l'autre pays l'AUTORISATION de servir la prestation en cause à compter du

.....

A, le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

L'INSTITUTION D'ACCIDENT DU TRAVAIL- D'AFFILIATION (1)

Dénomination :

Adresse :

L'institution ci-dessus désignée :

- DONNE SON AUTORISATION à l'attribution de la prestation en cause, dans les conditions suivantes ⁽¹⁾:

.....
.....

- REFUSE SON AUTORISATION à l'attribution de la prestation⁽¹⁾

- MOTIF DU REFUS :

.....
.....

- VOIES DE RECOURS dont dispose l'intéressé(e) :

.....

- DÉLAIS pour exercer le recours :

.....

A, le

Signature du représentant
de l'institution et cachet :

(1) Biffer la mention inutile