

**SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS
DE LA GUADELOUPE**

DOSSIER N°

GROUPEMENT :
CIS DE :

**DECLARATION D'ACCIDENT OU DE MALADIE CONTRACTEE EN SERVICE
DE SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE**

NATURE { DE CIRCULATION Aller Retour
DE TRAJET Allant en mission Revenant de Mission
SUR SITE Site Mission Site Casernement

ACCIDENT DU 16/11/2017 HEURE 17h18
RECHUTE LE HEURE
LIEU chemin neuf Pointe à Pitre

VICTIME

N° S.S		CAISSE	
NOM	ABDOUL	PRENOM	Achille
DATE DE NAISSANCE		SEXE	Masculin Féminin
LATERALITE DE L'AGENT	GAUCHER		DROITIER
ADRESSE :			
Code Postal			
N° TELEPHONE			
AFFECTATION			
CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE			
EMPLOYEUR (Cas SPV)	OHA Pointe à Pitre		
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	Route de Chemin		
Code Postal	97139	Ville	BYMES

1er TEMOIN :

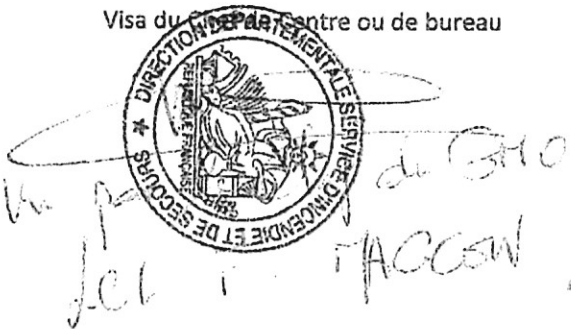
NOM		PRENOM	
ADRESSE			
Code Postal	Ville	N° TEL	

2ème TEMOIN :

NOM		PRENOM	
ADRESSE			
Code Postal	Ville	N° TEL	

PREMIERS SOINS :			
VICTIME HOSPITALISEE	OUI	NON	
LIEU			
CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT :			
<i>soes de la reconnaissance de l'intervention du 16-11-2017</i> <i>à 17h18, mes lunettes sont tombées, elles ont été retrouvées le 17/11/2017</i> <i>au matin complètement cassées</i>			
SIEGES DES LESIONS :			
CONSEQUENCES	Arrêt de travail :	OUI	NON
Rapport de Police		OUI	NON
NOMBRES AUTRES BLESSES			
L'ACCIDENT A T-IL ETE CAUSE PAR UN TIERS	OUI	NON	
SI OUI , Nom Prénom et adresse du Tiers :			
Société d'assurance du tiers :			

Visa du Centre ou de bureau



Fait à *Boyer*

Le, *17/11/2017*

Signature de l'intéressé(e)

DECLARATION D'ACCIDENT DU TEMOIN N° 1

ACCIDENT DU : Mardi 16 Novembre 2017

VICTIME :

NOM : ABDOLAH PRENOM : ANNE
AFFECTATION : CPT 8^e

TEMOIN N°1

NOM : FERRIER PRENOM : FABRICE
AFFECTATION : CPT ABYMES

CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT :
lors de l'incendie au Chemin Neuf Pointe d'Epée le Mardi 16 Novembre 2017, en effectuant sa reconnaissance, le Lt. ABDOU a perdu sa gaine de protection de son

Visa du Chef de Centre ou de bureau

Fait à ABYMES

Le, 20/11/17

Signature du témoin



Assurance Maladie

assuré social ABDOUL ACHILLE

n° de Sécurité Sociale 1 60 05 97 101 039 35

Pour tout contact, écrivez à votre caisse directement
depuis la messagerie de votre compte Ameli

Caisse Générale de Sécurité Sociale de la GUADELOUPE Assurance
Maladie - BP 9
97181 LES ABYMES CEDEX

M. ABDOUL ACHILLE

Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/07/2019 au 31/07/2019 .

Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme
complémentaire . En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

pour information

dates	nature des prestations	montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
	pour ACHILLE né(e) le [REDACTED] maladie [REDACTED]				
26/06/2019	MONTURE OPTIQUE (LUN)	260,00	3,69	60 %	2,21
26/06/2019	VERRES OPTIQUES (VER)	361,00	9,52	60 %	5,71
26/06/2019	VERRES OPTIQUES (VER)	361,00	9,52	60 %	5,71

réglé le 03/07/2019 au destinataire RESERVOIR OPTIC : 13,63 euro(s)

REMBOURSEMENT DU 04/07/2019

ADHÉRENT PRINCIPAL

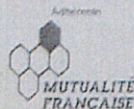
Nom de l'adhérent(e) : ACHILLE ABDOUL

DATE DE PAIEMENT	RÈGLEMENT EFFECTUÉ À	DÉPENSE ENGAGÉE	REMBOURSEMENT DE LA MNH*
04/07/2019	TIERS PAYANT - SARL RESERVOIR OPTIC	982,00 €	270,00 €

DATE DU SOIN	BÉNÉFICIAIRE	LIBELLÉ DE L'ACTE	DÉPENSE ENGAGÉE	BASE SÉCURITÉ SOCIALE	TAUX SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**	REMBOURSEMENT DE LA MNH*
26/06/2019	M ACHILLE ABDOUL	VERRES COMPLEXES	361,00 €	9,52 €	60.0%	5,71 €	110,00 €
26/06/2019	M ACHILLE ABDOUL	VERRES COMPLEXES	361,00 €	9,52 €	60.0%	5,71 €	110,00 €
26/06/2019	M ACHILLE ABDOUL	MONTURE OPTIQUE	260,00 €	3,69 €	60.0%	2,21 €	50,00 €

*Le montant indiqué ne prend pas en compte les éventuelles sommes récupérées par la MNH au titre des indus de prestations.

**Hors récupération des franchises médicales et participations forfaitaires.



MNH Siège social 45213 Montargis Cedex

Tél. 30 31 (Service & appel gratuits) - Fax 02 38 90 75 75 - www.mnh.fr

Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social et MNH Prévoyance

Mutuelles régies par le livre II du code de la mutualité immatriculées au Répertoire SIRENE sous les numéros SIREN 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH

Zimbra

cindy.firmin@sdis971.fr

Re: REMBOURSEMENT LUNETTES

De : achille abdoul <achille.abdoul@sdis971.fr>

ven., 05 juin 2020 08:59

Objet : Re: REMBOURSEMENT LUNETTES **À :** Cindy FIRMIN SDIS971 <cindy.firmin@sdis971.fr>

Bonjour

J'ai reçu un virement de 198.37 euros venant du groupe ALLIANZ le 16/03/2020.

Cordialement

Capitaine ABDOUL.

Le 5 juin 2020 07:33, Cindy FIRMIN SDIS971 <cindy.firmin@sdis971.fr> a écrit :

Bonjour Capitaine,

Je viens aux nouvelles.

Est-ce qu'APRIL t'a finalement remboursé? Et dans l'affirmative, quel montant ?

Cordialement.
