|  |  |
| --- | --- |
| NOM DU T |  |
| DATE |  |
| HEURE |  |
| LIEU |  |
| CONCILIATEUR |  |
| VIS A VIS |  |

|  |  |
| --- | --- |
| FONCTION DU T |  |
| EMPLOYEUR |  |
| DATE ÉVÈNEMENT ORIGINE OU RRA |  |
| DATE DE DÉCLARATION |  |
| DATE 1ERE VISITE MÉDICALE |  |
| PÉRIODE D’ARRET DE TRAVAIL | DU AU |
| MONTANT DE LA P-O |  |
| EXPERTISE E | RÉSUMÉ  DÉLAIS RESPECTÉ POUR BEM ? |

|  |
| --- |
| DESCRIPTION D’ÉVÈNEMENT |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NUMERO LITIGE | TYPE LITIGE | PARTIE QUI CONTESTE |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

DECISIONS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TYPE | DATE | PAGE | RESUME | # LITIGE |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

CONCILIATION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OFFRE DE CONCILIATION | DATE | PARTIE AYANT FAIT L’OFFRE |
|  |  |  |

VALIDATION DES DÉLAIS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TYPE | PAGE | DATE | PARTIE QUI CONTESTE | DÉLAIS A RESPECTER |
| RÉCLAMATION DU T |  |  |  | 6 MOIS DE L’EVENEMENT |
| DECISION CONTESTÉ |  |  |  |  |
| DEMANDE DE REVISION |  |  |  | 30 JOUR DE LA DÉCISION |
| DRA |  |  |  |  |
| CONTESTATION DE LA DRA |  |  |  | 60 JOURS DE LA DRA |

CHRONOLOGIE MÉDICALE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATE | TYPE | PAGE | DOCTEUR | RÉSUMÉ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |