

# feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle

(Art. L 441.5 et R 441.8 du code de la sécurité sociale)

1/2

Lorsqu'un accident a eu lieu, la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est remise à la victime par l'employeur qui établit parallèlement la déclaration d'accident du travail (réf. S 6 200).

Cette feuille est remise à la victime par la caisse lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée.

La feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est conservée par la victime. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de rechute ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'organisme d'assurance maladie délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

## attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

(à remplir obligatoirement lors de la délivrance)

### l'organisme d'assurance maladie

● **identification**

● **numéro AT/MP** (à compléter par la caisse en cas de renouvellement) | | | | | | | | | |

### la victime

● **identification**

nom patronymique (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

prénom

date de naissance

adresse

code postal

numéro d'immatriculation

### l'employeur

● **identification**

nom-prénom ou raison sociale

adresse

code postal

numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime

êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ?

oui

non

### l'accident du travail ou la maladie professionnelle

● **accident du travail**

date

rechute du

● **maladie professionnelle**

date de la constatation médicale

rechute du

● **lésions**

nature

siège

### demande de renouvellement

à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins

adresse

code postal

je demande le renouvellement de cette feuille d'accident

date

signature

# récapitulatif des soins et fournitures

(à remplir par les professionnels de santé)



| dates des actes médicaux | actes effectués (lettres-clef et coefficient) | i.k. | D.E. | montant total des honoraires | exécution des ordonnances |
|--------------------------|---|------|------|------------------------------|---------------------------|
|                          |   |      |      |                              | montant de la facture     |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |
|                          |   |      |      |                              |                           |

L'exécutant des actes, le pharmacien ou le fournisseur attestera une seule fois la prestation des actes en apposant sa signature et son cachet dans une des cases prévues ci-dessous à cet effet.

| signature attestant la prestation des actes | signature attestant la prestation des actes | signature attestant la prestation des actes | signature attestant la prestation des actes |
|---|---|---|---|
|   |   |   |   |

| cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste | cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste | cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste | cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste |
|---|---|---|---|
|   |   |   |   |

| cachet du pharmacien ou du fournisseur | cachet du pharmacien ou du fournisseur | cachet du pharmacien ou du fournisseur | cachet du pharmacien ou du fournisseur |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |