

identification

## 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

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	Naja kata
identification		
nom-prénom ou raison sociale		
adresse		
code postal		
numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent d	le la victime	
êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ?	oui non	
l'acciden	t du travail ou la maladie professionnelle	
accident du travail	maladie professionnelle	
	date de la constatation médicale	
date	date de la constitution medicale	
date rechute du	rechute du	
rechute du		
rechute du		
rechute du  lésions		
rechute du  lésions nature		
rechute du  lésions nature siège	rechute du	
rechute du  lésions nature siège	rechute du demande de renouvellement	

## récapitulatif des soins et fournitures

(à remplir par les professionnels de santé)



dates des actes médicaux	actes effec (lettres-clef et c	ctués œfficient)		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	signature attestant	signature attestant	signature attestant
la prestation	la prestation	la prestation	la prestation
des actes	des actes	des actes	des actes
cachet du praticien de			
l'établissement, de l'auxiliaire	l'établissement, de l'auxiliaire	l'établissement, de l'auxiliaire	l'établissement, de l'auxiliaire
médical(e) ou du biologiste			

cachet du pharmacien ou du fournisseur				