

# feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle

(Art. L 441.5, R 441.8 et R.441.9 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 6200).

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 par l'employeur lors de la délivrance)

### l'organisme gestionnaire de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

#### ● identification

nom de l'organisme	
adresse	
code de l'organisme gestionnaire	

### la victime

#### ● identification

nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se))	
prénom	date de naissance
adresse	
code postal	commune
numéro d'immatriculation	

### l'employeur

#### ● identification

nom et prénom ou raison sociale	
CONSEIL DEPARTEMENTAL DES YVELINES	
adresse 2 Place André Mignot	
code postal 7 8 0 1 2	commune VERSAILLES CEDEX
numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime 2 2 7 8 0 6 4 6 0 0 0 0 1 9	
êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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

#### ● accident du travail

date	date de la constatation médicale
rechute du	rechute du

#### ● maladie professionnelle

nature	
siège	

#### ● numéro AT/MP (à remplir par l'organisme gestionnaire en cas de renouvellement ou de rechute)

--

### demande de renouvellement

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

adresse	
code postal	commune

je demande le renouvellement de cette feuille d'accident 

date

signature

DIAD S6201c

