

## FEUILLE D'ACCIDENT OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

*A utiliser uniquement par les fonctionnaires et agents sur CDD  $\geq$  à un an*

*L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) est un établissement public de l'Etat habilité à gérer les accidents de service et les maladies professionnelles survenus à ses personnels fonctionnaires et agents sur CDD  $\geq$  à un an, sans l'intervention des caisses d'assurance maladie localement compétentes.*

*En conséquence, il appartient à l'Inserm de prendre directement en charge l'ensemble des frais occasionnés par les accidents de service, de travail ou les maladies professionnelles survenus à ses personnels.*

*La feuille d'accident ou de maladie professionnelle est remise à la victime à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle, et doit être conservée par elle pour lui permettre de bénéficier de la dispense d'avance des frais dans la limite des tarifs conventionnels.*

*Ainsi, elle doit être présentée systématiquement à tout praticien qui dispense des soins et/ou des fournitures : celui-ci, ou le cas échéant l'hôpital, doit remplir la page 2 de la présente feuille pour attester la prestation.*

*Pour se faire assurer le paiement de ces soins et/ou fournitures, le praticien ou l'hôpital doit garder la fiche « relevé des soins médicaux » et la retourner à l'Inserm, accompagnée des pièces justificatives.*

***IMPORTANT*** – *En application du code de la sécurité sociale (art. L. 432-3), les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident.*

### LA VICTIME

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Adresse personnelle : .....

Statut :  Titulaire  Stagiaire  Non-titulaire

Position :  Activité  Détachement  Mise à disposition

Grade : .....

Appartenance : .....

### L'AFFECTION

ADR : .....

Structure : .....

Adresse : .....

### L'ACCIDENT ou La MALADIE PROFESSIONNELLE

▪ Date de l'accident : .....

Nature et siège des lésions : .....

▪ Date de la constatation ou de la déclaration de maladie professionnelle : .....

Désignation de la maladie : .....

**RECAPITULATIF DES SOINS ET FOURNITURES**  
*(à remplir par les professionnels de santé)*

DATE	ACTES EFFECTUES	MONTANT en euros	SIGNATURE	CACHET