

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	NANTES UNIVERSITÉ - Service Santé-handicap		
adresse	1 quai de Tourville - BP 13 522	//! aucun envoi à la MGEN ou la CPAM. Ne pas utiliser la carte vitale ni avancer les frais.	
	44 035 NANTES CEDEX 1	Pour tout remboursement, merci aux prestataires de santé de bien vouloir nous adresser les feuilles de soins et honoraires, avec leur RIB au Service Santé-handicap de Nantes-Université.	
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	NANTES UNIVERSITÉ		
adresse	1 quai de Tourville - BP 13 522		
code postal	4 4 0 3 5	commune	NANTES CEDEX 1
numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime	1 3 0 0 2 9 7 4 7 0 0 0 1 6		
êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ?	oui <input checked="" type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	



l'accident du travail ou la maladie professionnelle

● accident du travail

● maladie professionnelle

date		date de la constatation médicale	
rechute du		rechute du	

● lésions

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

signature

date

DIAD S6201c

