



N° 11383*02
DIAD

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 Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS)
 adresse Services Affectations Présumées Imputables au Service (APIAS)
 83 090 TOULON CEDEX
 code de l'organisme gestionnaire

la victime

● **identification**

nom (suivi s'il y a lieu du nom d'épouse) GUEDON
 prénom Gerard date de naissance
 adresse
 code postal commune VELIZY VILLACOUBLAY
 numéro d'immatriculation

l'employeur

● **identification**

nom et prénom ou raison sociale
 adresse
 code postal commune VILLACOUBLAY
 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 2 3 0 3 2 0 1 7
 rechute du

● **maladie professionnelle**

date de la constatation médicale
 rechute du

● **lésions**

nature crise suicidaire dans un contexte de conflit professionnel avec retentissement thymique
 siège psychique

● **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

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.471-3 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Penal)
 Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
 En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.