

# 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)

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 **CPAM Lyon**  
 adresse **Service Accident du Travail**  
**69907 Lyon Cedex 20**  
 code de l'organisme gestionnaire

### la victime

● **identification**

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

### l'employeur

● **identification**

nom et prénom ou raison sociale **UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON I**  
**UFR - STAPS**  
 adresse **27-29, Boulevard du 11 Novembre 1918**  
 code postal **69622 VILLEURBANNE Cedex**  
 numéro SIRET de l'établissement **214 204 724 480 27**  
 êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ?  oui  non

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

● **accident du travail**

date  
 rechute du

● **maladie professionnelle**

date de la constatation médicale  
 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  
 date

signature

# récapitulatif des soins et fournitures

(à remplir par les professionnels de santé)

€

# SPECIMEN

dates des actes médicaux	actes effectués (lettres-clé et coefficient)	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 la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes	signature attestant la prestation des actes

cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste	cachet du praticien de l'établissement, de l'auxiliaire médical(e) ou du biologiste

cachet du pharmacien ou du fournisseur	cachet du pharmacien ou du fournisseur	cachet du pharmacien ou du fournisseur	cachet du pharmacien ou du fournisseur