

## FEUILLE D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

A conserver  
par la  
victime

(Articles L.752-24 et D.752 66 du code rural )

Sur présentation du présent formulaire au médecin, à l'auxiliaire médical(e), à l'hôpital, au pharmacien ou au fournisseur, vous pouvez vous faire soigner et obtenir, à titre provisionnel, des médicaments et des fournitures, **SANS AVOIR A FAIRE L'AVANCE DES FRAIS** (pharmaceutiques, d'appareillage...) **ET HONORAIRES**, s'ils sont en lien avec l'accident du travail ou de trajet, la maladie professionnelle, **dans la limite du tarif de responsabilité de l'assurance maladie.**

**Afin de préserver vos droits**, vous devez impérativement et immédiatement procéder à la déclaration d'accident du travail ou de la maladie professionnelle auprès de votre organisme d'affiliation, si vous ne l'avez déjà fait.

En cas de rechute d'accident du travail ou de maladie professionnelle, l'organisme auquel vous êtes affilié (MSA ou groupement d'assureurs) vous délivre cette feuille.

Une participation forfaitaire de 1€ sera déduite de vos remboursements ultérieurs pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, ainsi que pour chaque examen radiologique ou analyse de biologie médicale et ce, à compter du 1er janvier 2005.

Cette participation sera limitée à 50 € par an et par personne.

Cette information figurera sur votre relevé de remboursement ultérieur qui comportera la date et la nature de l'acte auquel se rapporte la participation forfaitaire de 1 € (loi n° 2004-810 du 13 août 2004, article 20, IV).

### 1 - VICTIME

N° d'immatriculation (N° INSEE) :

NOM : ..... Prénoms : .....

Adresse : .....

Code postal :  Commune : .....

### 2 - L'ACCIDENT DU TRAVAIL OU LA MALADIE PROFESSIONNELLE

N° d'accident du travail ou de maladie professionnelle

#### Accident du travail

Date :

Rechute du :

#### Maladie professionnelle

Date du certificat médical faisant état du caractère professionnel de la maladie

Rechute du :

**Lésions apparentes (1) :** .....

Nature : .....

Siège : .....

### 3 - ORGANISME GESTIONNAIRE (la MSA ou le groupement d'assureurs)

Nom de l'organisme gestionnaire :  
.....

Code régime :

Code organisme gestionnaire :

A compter du :

Cachet : 

FAIT à : .....

Le :

#### (1) L'ORGANISME GESTIONNAIRE INDIQUE :

- si possible leur nature, par exemple : fracture, brûlure, gelure, amputation, contusion, inflammation, entorse, luxation, asphyxie, commotion, hernie, lumbago, intoxication, troubles visuels et auditifs, déchirures musculaires ou tendineuses, présence d'un corps étranger, etc...
- le siège de ces lésions, par exemple : tête, yeux, membres supérieurs, mains, tronc, membres inférieurs, pieds, etc..., en précisant éventuellement côté droit ou gauche.

**IMPORTANT :** En cas d'arrêt de travail, la victime ne doit pas quitter la circonscription de la caisse de MSA sans accord préalable de son organisme gestionnaire de l'assurance accident du travail des non-salariés agricoles, sauf circonstances exceptionnelles.

### RESTITUTION ou DEMANDE DE RENOUVELLEMENT

La présente feuille doit être renvoyée par la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle à son organisme gestionnaire :

- 1- soit à la fin des soins ;
- 2- soit dès que l'un des cadres du verso est entièrement rempli ;
- 3- soit en cas de changement d'organisme gestionnaire, le nouvel organisme gestionnaire en assurant le renouvellement ;
- 4- lors de la guérison ou consolidation de votre état de santé.

Dans le cas 2, la victime doit signer dans le cadre ci-contre pour obtenir le renouvellement de la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Signature de la victime :

Adresse où envoyer la nouvelle feuille, au cas où cette adresse serait différente de celle inscrite au cadre 1.

