

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 et de la pêche maritime)

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 MSA, si vous ne l'avez déjà fait.

En cas de rechute d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou si nécessaire en cas de poursuite de soins, votre MSA vous délivre une nouvelle 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 1^{er} 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 €.

1 - VICTIME

N° d'immatriculation (N° INSEE) :

NOM DE FAMILLE : Prénoms :

NOM d'usage (s'il y a lieu) :

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

Nature :

Siège :

Soins post-consolidation

Nature :

Durée :

3 - CAISSE DE MSA GESTIONNAIRE

Code régime :

Code MSA :

Fait à :

Le :

Cachet :

4 - 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 sa MSA** :

- 1 - soit à la fin des soins ;
- 2 - soit pour renouvellement dès que l'un des cadres du verso est entièrement rempli. Dans ce cas cocher la case et indiquez où envoyer la nouvelle feuille, au cas où votre adresse serait différente de celle inscrite au cadre 1.

- 3 - lors de la guérison ou consolidation de votre état de santé.

Aux termes de l'article 313-2 5° du code pénal, sont qualifiées d'escroquerie et punissables de peines de sept ans d'emprisonnement et de 750 000 euros d'amende les fraudes commises au préjudice d'un organisme de protection sociale pour l'obtention d'une allocation, d'un paiement ou d'un avantage indu (portées à dix ans d'emprisonnement et à 1 000 000 euros d'amende lorsque l'escroquerie est commise en bande organisée).

Par ailleurs, l'article 441-6 2^{ème} alinéa du même code sanctionne de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende la fourniture volontaire d'une fausse déclaration ou d'une déclaration incomplète pour obtenir d'un organisme de protection sociale un paiement d'un avantage indu.

Signature de la victime :

