Mutualité Sociale Agricole

ACCIDENTS DU TRAVAIL
ET MALADIES PROFESSIONNELLES
DES SALARIÉS AGRICOLES

cerfa
N°11451*01

FEUILLE D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

À conserver par la victime

Dont la délivrance est obligatoire (article 1164 du code rural) sous peine de sanctions.

Cette feuille - que la victime ou le malade présente au médecin, à l'auxiliaire médical, à l'hôpital, au pharmacien ou au fournisseur - lui permet de se faire soigner et d'obtenir des médicaments et fournitures, **SANS AVOIR A FAIRE L'AVANCE DES FRAIS** (pharmaceutiques, d'appareillage,...) **ET HONORAIRES,** dans la limite du tarif de responsabilité de l'assurance maladie.

En cas d'accident, l'employeur doit donc, dès qu'il a connaissance de l'accident, **REMETTRE CETTE FEUILLE A LA VICTIME.**

En cas de maladie professionnelle, ou en cas de rechute (AT ou MP), c'est la caisse de mutualité sociale agricole qui délivre cette feuille au malade.

1 - EMPLOYEUR

(Ne pas remplir ce cadre si la victime ou le malade est un métayer assujetti aux assurances sociales agricoles)

N° d'adhérent

NOM, prénoms : .....

DÉNOMINATION : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

2 - VICTIME

N° d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NOM PATRONYMIQUE : ..... Prénoms .....

Nom marital : .....

Adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

3 - L'ACCIDENT ou LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Accident du travail

Date |_|_|_|_|_|_|_|_|

Rechute du |_|_|_|_|_|_|_|_|

Maladie professionnelle

Date de la 1ère constatation médicale |_|_|_|_|_|_|_|_|

Rechute du |_|_|_|_|_|_|_|_|

Lésions apparentes (1)
Nature
Siège

FAIT à .....

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature

Si le déclarant n'est pas l'employeur .....

Nom, prénom .....

Qualité .....

(1) LESIONS APPARENTES - INDIQUEZ :

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

IMPORTANT : La victime ne doit pas quitter la circonscription de la Caisse sans accord préalable de celle-ci, 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 la Caisse** :

1- soit à la fin des soins ;
2- soit dès que l'un des cadres du verso est entièrement rempli.

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

Adresse où envoyer la nouvelle feuille, en cas où cette adresse serait différente de celle inscrite au cadre 2.

Réf. 103 ATA 98

RÉCAPITULATION DES ACTES MÉDICAUX ET DES FOURNITURES

1 . ACTES DES MÉDECINS, SPÉCIALISTES ET ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Identification du praticien	Date des actes	Désignation des actes selon nomenclature	Délivrance D'une ordonnance	Délivrance D'un certificat	Signature

AVIS IMPORTANT

D'après l'article L.432-3 du code de la sécurité sociale, 2e alinéa (rendu applicable au régime agricole par l'article 1165 du code rural), les praticiens et auxiliaires médicaux ne peuvent demander d'honoraires à la victime qui présente la feuille d'accident, sous réserve des dispositions de l'article L.162-35 du code de la sécurité sociale.

2 . EXECUTION DES ORDONNANCES

Identification du pharmacien, fournisseur, laboratoire ou auxiliaire médicale	Date de l'ordonnance exécutée	Date d'exécution de l'ordonnance	Montant des frais ou désignation de l'acte	(1) EUROS	Signature

(1) *Si le montant est indiqué en* ***EURO****, cochez* *impérativement* *la case correspondante. Si le montant est indiqué en franc, la case reste vierge.*

« La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires du formulaire. »