santé
famille
retraite
services

cerfa
11451*03

ACCIDENTS DU TRAVAIL
ET MALADIES PROFESSIONNELLES
DES SALARIÉS AGRICOLES

FEUILLE D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

A conserver par la victime

(article L.751-27 du code rural)

En cas d'accident, l'employeur doit, dès qu'il a connaissance de l'accident, **REMETTRE OBLIGATOIREMENT CETTE FEUILLE A LA VICTIME**, sous peine de sanctions.
En cas de maladie professionnelle, ou en cas de rechute (d'accident du travail ou de maladie professionnelle), la caisse de mutualité sociale agricole vous délivre cette feuille.

Cette feuille que la victime présente au médecin, à l'auxiliaire médical(e), à l'hôpital, au pharmacien ou au fournisseur, lui permet de se faire soigner et d'obtenir, à titre provisionnel, des médicaments et des 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.**

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 - 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 DU TRAVAIL ou LA 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 .....

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 - 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 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, au cas où cette adresse serait différente de celle inscrite au cadre 2.

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, 2ème alinéa (rendu applicable au régime agricole par l'article L. 751-28 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 relatives au dépassement d'honoraires prévues par l'article L.162-35 du code de la sécurité sociale.

2 . EXECUTION DES ORDONNANCES

Identification du pharmacien, fournisseur, laboratoire ou auxiliaire médical(e)	Date de l'ordonnance exécutée	Date d'exécution de l'ordonnance	Montant des frais en euros ou désignation de l'acte	Signature

« 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.»