

**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€ est 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. Cette participation sera limitée à 50 € par an et par personne. Des franchises médicales sont également applicables sur le médicament, les actes paramédicaux et les transports.

1 - EMPLOYEUR

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

N° d'adhérent

NOM, prénoms :

DÉNOMINATION : SAS DOMAINE AF GROS

SIRET: 383 967 346 00016

Adresse : 5 Grande rue

Code postal : 21630 Commune : POMMARD

2 - VICTIME

N° de sécurité sociale : 1710612129501044

NOM DE NAISSANCE : BRATIMI Prénoms : AKIN

Nom marital :

Adresse : 10 Place du Monument

Code postal : 21190 Commune : MORÉY ST DENIS

3 - L'ACCIDENT DU TRAVAIL ou LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Accident du travail

Maladie professionnelle

Date : 04/03/2022

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

04/03/2022

Rechute du : 02/07/2024

Rechute du :

Lésions apparentes (1)

Nature : inflammation

Siège : jambes inférieures

4 - ORGANISME GESTIONNAIRE DE L'AT

Nom de l'organisme gestionnaire

Cachet **SAS DOMAINE AF GROS**
5 Grande Rue - 21630 Pommard
SIRET 383 967 346 00016
T.V.A. FR 84 383 967 346

Code régime : Code caisse gestionnaire :

Fait à POMMARD

Si le déclarant n'est pas l'employeur

Le 07/03/2022

Nom, prénom : PARENT ORAS Anne Françoise

Signature : SAS DOMAINE AF GROS

Qualité : PDG

(1) LÉSIONS APPARENTES - INDICIEZ INDIQUER :

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 RENOUELEMENT

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.

