

Lorsqu'un accident a eu lieu, la feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est remise à la victime par l'employeur qui établit parallèlement la déclaration d'accident du travail (réf. S 6200).

Cette feuille est remise à la victime par la caisse lorsqu'une maladie professionnelle est déclarée.

La feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle est conservée par la victime. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de rechute ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'organisme d'assurance maladie délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

### attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

(à remplir obligatoirement par l'employeur lors de la délivrance)

#### l'organisme gestionnaire de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle

o identification

nom de l'organisme  
adresse

code de l'organisme gestionnaire

#### la victime

o identification

nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se)) **ZULMEA**  
prénom **Pascal** date de naissance **05 08 1972**  
adresse **41, rue Pierre Guen** commune **VERSIGNY**  
code postal **60 440**  
numéro d'immatriculation **172 08 97 209 101 F3**

#### l'employeur

o identification

nom et prénom ou raison sociale **KEOLIS CIF**  
adresse **34, rue de Guivry**  
code postal **77 990** commune **LE MÉSNIL-AMELOT**  
numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime **562 09 1 132 00059**  
êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ? **oui** non

#### l'accident du travail ou la maladie professionnelle

o accident du travail

date **20 mai 2021**  
rechute du

o maladie professionnelle

date de la constatation médicale  
rechute du

o lésions

nature **fractures / Douleurs**  
siège **Tibia et pied gauche**

o numéro AT/MP (à remplir par l'organisme gestionnaire en cas de renouvellement ou de rechute)

**KEOLIS**

signature

77231 Dammartin en Goële Cedex  
Tel : 01 60 54 54 54 - Fax : 01 60 54 54 58  
www.keolis-cif.com  
Siret : 562 091 132 00059

#### demande de renouvellement

(à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins)

adresse  
code postal commune

je demande le renouvellement de cette feuille d'accident

date