1

# MINISTERE DE LACULTURE ET DE LACOMMUNICATION

SECRETARIAT GENERAL

Application de la législation sur les accident du travail
(Loi du 30 octobre 1946, art.24)

**Renseigner tous les champs**

**Feuille d'accident de travail ou de maladie professionnelle**

(volet à conserver par l'assuré)

## Accident ou maladie professionnelle

Survenu / Constatée } le ..... à .....heures.....

Déclaré le .....à .....

## Accidenté ou malade

Numéro d'immatriculation

Nom :.....
(en caractère d'imprimerie)

Prénom :.....Âge :.....

Grade : .....

Adresse : rue.....n°.....

Arrondis' ou commune :.....Département :.....

## Service

Nom, raison sociale et adresse du service :

| Date des actes médicaux | PRESCR. 1 Lit 2 Cham. 3 Sorties autor.* 4 Pas d'arrêt travail | Nature des actes médicaux | Délivrance du certificat médical | Délivrance d'ordonnance | Signature du médecin | Cachet du pharmacien | Montant de la facture | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

* Sortie autorisées dans un but thérapeutique de ..... h ..... à ..... h.....

Volet à conserver jusqu'à la fin des soins. Ensuite, le remettre sans délai au service chargé d'assurer le versement des prestations.

Vérifiez que votre adresse personnelle figurant sur ces documents est exacte et conforme à celle qui doit figurer sur la déclaration d'accident; le cas échéant, aviser votre employeur des modifications qu'il y aurait lieu d'apporter.

| Date des actes médicaux | PRESCR. 1 Lit 2 Cham. 3 Sorties autor.* 4 Pas d'arrêt travail | Nature des actes médicaux | Délivrance du certificat médical | Délivrance d'ordonnance | Signature du médecin | Cachet du pharmacien | Montant de la facture | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

La loi interdit aux médecins, pharmaciens, établissements de soins de demander des honoraires ou frais aux accidentés en possession de la feuille d'accident (art.34 de la loi du 30 octobre 1946)

2

**MINISTERE DE LACULTURE ET DE LACOMMUNICATION**

SECRETARIAT GENERAL

Application de la législation sur les accident du travail
(Loi du 30 octobre 1946, art.24)

**Relevé des honoraires médicaux**
(volet à remettre au médecin)

**Renseigner tous les champs**

## Accident ou maladie professionnelle

Survenu } le ..... à .....heures.....
Constatée
Déclaré le .....à .....

## Accidenté ou malade

Numéro d'immatriculation

Nom :.....
(en caractère d'imprimerie)
Prénom :.....Âge :.....

Grade : .....
Adresse : rue.....n°.....
Arrondis' ou commune :.....Département :.....

## Service

Nom, raison sociale et adresse du service :

Le praticien soussigné déclare que, pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, les actes médicaux indiqués au verso ont été dispensés, et que, décomptés au tarif légal en vigueur en matière d'accident du travail, ils s'élèvent à la somme de :

N° Siret

€

Cachet du médecin

Fait à ....., le .....
Signature :

**Joindre un RIB avec le n° IBAN et BIC**

# NOTES D'HONORAIRES

| Date des actes médicaux | Désignation de l'acte médical dispensé | Lettres de coeffic. | Ind. Kil. Nombre de Kilom | Certificats médicaux | Décompte du médecin | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

3

**MINISTERE DE LACULTURE ET DE LACOMMUNICATION**

SECRETARIAT GENERAL

Application de la législation sur les accident du travail
(Loi du 30 octobre 1946, art.24)

**Renseigner tous les champs**

**Relevé des prescriptions pharmaceutiques**
(volet à remettre au pharmacien)

## Accident ou maladie professionnelle

Survenu / Constatée } le ..... à .....heures.....
Déclaré le .....à .....

## Accidenté ou malade

Numéro d'immatriculation

Nom :.....
(en caractères d'imprimerie)
Prénom :.....Âge :.....

Grade : .....
Adresse : rue.....n°.....
Arrondis' ou commune :.....Département :.....

## Service

Nom, raison sociale et adresse du service :

Le pharmacien soussigné déclare que, pour l'accident survenu au blessé désigné ci-dessus, des fournitures pharmaceutiques prescrites médicalement par les ordonnances ci-jointes ont été faites, et que, décomptées au tarif légal en vigueur en matière d'accidents du travail, elles s'élèvent à la somme globale de :

N° Siret

€

Cachet du pharmacien

Fait à ....., le .....
Signature :

**Joindre un RIB avec le n° IBAN et BIC**

# RELEVE RECAPITULATIF DES FOURNITURE PHARMACEUTIQUES

| ORDONNANCE DU | EXECUTEE LE | MONTANT | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | TOTAL..... | | |

**Adressez votre relevé récapitulatif au service dont relève l'intéressé**

**avec les ordonnances médicales justificatives**