



BULLETIN D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE A ADRESSER AU MEDECIN

SERVICE	
Le/La sousigné/e Nom et prénom :	
Fonction :	
Service :	
DECLARE QUE	
Nom(1) et prénom :	
Nom d'usage :	
Fonction :	
Service :	
Demeurant à :	
(1) ou nom de jeune fille pour les dames	
A réclamé un bulletin d'accident du travail ou de maladie professionnelle, prétendant avoir été blessé/e dans le cadre de son activité	

Le : |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Il/Elle prie le médecin traitant choisi par le/la blessé/e et sous sa responsabilité, de remettre à l'assuré/e, **au plus tard dans les quarante huit heures qui suivent l'accident de travail**, un Certificat médical accident du travail – maladie professionnelle initial (1), en double exemplaire, indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident, les suites probables si les conséquences ne sont pas exactement connues et de préciser la période éventuelle de soins ou d'interruption temporaire de travail.

SERVICE	
Fait à _____	le _ _ _ _ _ _ _ _
Signature et cachet du Service :	

L'original de ce bulletin doit être conservé par l'assuré/e du S.P.M.E. Il lui appartient d'en effectuer autant de photocopies nécessaires destinées aux médecins, établissements hospitaliers, pharmacies, fournisseurs (...) afin d'obtenir, sans avance de frais, une prise en charge à 100% des frais médicaux liés à l'accident, dans la limite des tarifs définis par l'Arrêté Ministériel n° 2006-188 du 29 mars 2006.

(1) L'imprimé « Certificat médical accident du travail - maladie professionnelle initial » est téléchargeable sur Internet à l'adresse suivante :
<http://service-public-particuliers.gouv.mc/Social-et-sante/Securite-sociale/Demarches-aupres-du-SPME/Declarer-un-accident-du-travail-au-SPME>