

# LES ACCIDENTS DU TRAVAIL en ODONTOLOGIE

Novembre 2016

# Définition de l'AT (article L. 411-1 CSS)

« Est considéré comme AT, quelle qu'en soit la cause

- l'accident survenu par **le fait** ou **à l'occasion** du travail
- à toute personne salariée
- ou travaillant à quelque titre ou lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeur(s) ou chef(s) d'entreprise »



**PRESOMPTION D'IMPUTABILITE**

# Accident de trajet = AT

Si sur trajet A/R, entre le lieu du travail et

- lieu du repas
- domicile (résidence principale, ou secondaire stable)

si le parcours n'est ni interrompu, ni détourné par un motif personnel, étranger aux nécessités de la vie courante ou indépendantes de l'emploi.

↳ la victime (ou ayants droit) doit apporter la preuve

# Formalités à accomplir pour la prise en charge d'un AT

## Victime

informe l'employeur dans les **24 Heures**

## Employeur

déclare l'accident à la CPAM dans les **48 Heures**  
délivre la **feuille de soins** à la victime

# Formalités à accomplir pour la prise en charge d'un AT (suite)

## LE CHIRURGIEN DENTISTE

↳ rédige le certificat médical initial **CMI**

- lisible
- descriptif de toutes les lésions en rapport avec l'AT
- complet coordonnées victime, médecin, employeur, dates : accident, rédaction du certificat) .

↳ rédige les **certificats ultérieurs**

- prolongation
- certificat final



n°11138\*01

# certificat médical accident du travail maladie professionnelle

(articles L. 441-6 et L. 461-5 du Code de la sécurité sociale)

(ne cocher qu'une seule case)

 initial  de prolongation final  de rechutevolet 2, à adresser par  
le praticien à  
l'organisme dans les  
24 heures**l'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)**

• régime  
général agricole autre : lequel ?

• identité  
numéro d'immatriculation  
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance.  
prénoms Pour votre démarche, le formulaire original fourni par l'organisme d'assurance maladie doit être utilisé.  
adresse

• accident du travail ou maladie professionnelle  
s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?  
date de l'accident ou de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale de la maladie professionnelle :  
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui non<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)**l'employeur**nom, prénom ou dénomination sociale :**les renseignements médicaux**

• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles)

• conséquences  
arrêt de travail jusqu'au  
sorties autorisées oui non de heures à heures  
reprise de travail le  
soins jusqu'au \*

• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final)  
guérison avec retour à l'état antérieur, date  
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure, date  
consolidation avec séquelles, date

certificat établi le à signature du praticien	cachet du praticien ou de l'établissement
--	---

\* complétez également, si nécessaire, les rubriques « arrêt de travail » ou « reprise du travail »

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

S 6909a



# DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

SÉCURITÉ SOCIALE

N° 60-3682

0202020

ATTENTION : L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ?  OUI  NON

→ si oui, remplissez IMMÉDIATEMENT l'attestation de salaire S6202 par duplication avec le présent formulaire.  
→ si non, remplissez uniquement cette déclaration.

L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE L'ASSURÉ, LES 3 PREMIERS VOLETS DE LA LIASSE PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION AU PLUS TARD 48 HEURES APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE DE L'ACCIDENT ET CONSERVÉ LE 4<sup>e</sup> VOLET AU DOS DUQUEL SE TROUVE LA NOTICE.



EMPLOYEUR		
Nom, Prénom ou raison sociale		
Adresse	N° de Téléphone	CTN <input type="text"/>
ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME <small>(le chantier n'est jamais considéré comme établissement d'attache permanent)</small>		
Adresse	N° de Téléphone	Groupes d'activités <input type="text"/>
N° SIRET de l'établissement		RÉSERVÉ CPAM
Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime.		
VICTIME		
N° d'immatriculation		CPAM <input type="text"/>
À défaut sexe	Date de naissance	<input type="text"/>
NOM, Prénom <small>(NOM, N° 1 à 3 ou N° 4, du nom d'époux)</small>	Nationalité	<input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> C.E.E. <input type="checkbox"/> Autre
ADRESSE		
Date d'embauche	Profession	<input type="text"/>
Qualification professionnelle	Ancienneté dans le poste	<input type="text"/>
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
ACCIDENT		
Date	Heure	<input type="text"/>
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de <input type="text"/> à <input type="text"/> et de <input type="text"/> à <input type="text"/>		
Lieu de l'accident (1)		<input type="text"/>
Circonstances détaillées de l'accident (1)		<input type="text"/>
<small>(Indiquez, le cas échéant l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisés)</small>		
Siège des lésions (1)		<input type="text"/>
Nature des lésions (1)		<input type="text"/>
Victime transportée à		
Accident	constaté <input type="checkbox"/> le <input type="text"/> Heure <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> par l'employeur <input type="checkbox"/> par ses préposés <input type="checkbox"/> décrit par la victime
	connu <input type="checkbox"/>	
	inscrit au regist. d'infirmerie le <input type="text"/> sous le N° <input type="text"/>	
Conséquences : <input type="checkbox"/> SANS ARRÊT DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (1) <input type="checkbox"/> DÉCÈS		
TÉMOINS		
Nom, prénom et adresse		
Un rapport de police a-t-il été établi ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON par qui ?		
TIERS		
L'accident a-t-il été causé par un tiers : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Si OUI, nom et adresse du tiers		
Sié d'assurance du tiers		

# feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle

(Art. L 441.5 et R 441.8 du code de la sécurité sociale)

1/2

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 6 200).

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 lors de la délivrance)

### l'organisme d'assurance maladie

● **identification**

● **numéro AT/MP** (à compléter par la caisse en cas de renouvellement) | | | | | | | | | |

Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance.  
Pour votre démarche, le formulaire original vous sera fourni par l'organisme d'assurance maladie

### la victime

● **identification**

nom patronymique *(naitre s'il y a lieu du nom d'usage)*

prénom

date de naissance

adresse

code postal

numéro d'immatriculation

### l'employeur

● **identification**

nom-prénom ou raison sociale

adresse

code postal

numéro SIRET de l'établissement d'attache permanent de la victime

êtes-vous autorisé à gérer le risque AT/MP ?

oui

non

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

● **accident du travail**

date

rechute du

● **maladie professionnelle**

date de la constatation médicale

rechute du

● **lésions**

nature

siège

### demande de renouvellement

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

adresse

code postal

je demande le renouvellement de cette feuille d'accident

date

signature





# Formalités à accomplir pour la prise en charge d'un AT (suite)

## LA CAISSE

- ↳ apprécie la **matérialité**
- ↳ apprécie le **caractère professionnel**
- ↳ **indemnise** la victime

**Pas de secret médical en AT**

# ÉVOLUTION DE L'AT

- **Guérison** : absence de séquelles fonctionnelles indemnissables – retour à l'état antérieur
- **Consolidation** : existence de séquelles fixées, État stable non susceptibles d'amélioration par un traitement
  - fin IJ
  - séquelles non indemnissables
  - ou taux d'IP

# PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

Sous réserve de la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident

- IJ = 60% du salaire de base puis après le 29 ème jour 80%
- Soins : prise en charge à 100 % sur la base et dans la limite des tarifs de la Sécurité Sociale
- Prothèse : prise en charge à 150% des tarifs SS dans la limite des frais réels
- avec dispense d'avance des frais
- jusqu'à guérison ou consolidation.

# PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

Sous réserve de la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident

## La perte des dents naturelles à la suite de l'accident,

Les prothèses correspondantes qui succéderont dans le temps seront toujours prises en charge en accident du travail.

## La réparation ou le renouvellement des prothèses rendues inutilisables par l'accident.

Le renouvellement d'une prothèse conjointe existante peut être pris en charge, sur la base d'une couronne.

Par contre une prothèse existante, fracturée au cours d'un accident du travail, ne sera réparée ou remplacée qu'une seule fois à ce titre

# PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

Sous réserve de la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident

**La prise en charge des prothèses est de 150 % des tarifs de la Sécurité Sociale dans la limite des frais réels**

**Tiers payant avec dispense totale d'avance des frais sur 150 % du tarif de responsabilité**

**Les dépassement liés à l'entente directe ne sont pas pris en charge, même au titre de l'accident du travail**

# PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

Sous réserve de la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident

- **Exemple 1**
- Montant des frais réellement engagés **supérieur ou égal** à 150% tarif de convention
- Prestation : **HBLD038**
- Montant total facturé : **200 €**
- Base de remboursement : **107,50 €** + Complément AT : **53,75 €**
- A la charge de l'assuré : **38,75 €**
  
- **Exemple 2**
- Montant des frais réellement engagés **inférieur** à 150% tarif de convention
- Prestation : **HBLD038**
- Montant total facturé : **120 €**
- Base de remboursement : **107,50 €** + Complément AT : **12,50 €**
- A la charge de l'assuré : **0**