

# LES ACCIDENTS DU TRAVAIL en ODONTOLOGIE

# 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

# 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 rechute

volet 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  
adresse Pour votre démarche, le formulaire original fourni par l'organisme d'assurance maladie doit être utilisé.
- 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.



# DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

SÉCURITÉ SOCIALE

(Articles L 441.1 à L 441.4 et Article R 441.2, R 441.3 et R 441.5) - (Décret du 17-12-95)  
L'EMPLOYEUR ENVOIE À LA CAISSE DE RÉSIDENCE HABITUELLE DE LA VICTIME, 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.



N° 60-3682

5000000

ATTENTION : L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ?  OUI  NON  
→ si oui, remplissez IMMÉDIATEMENT l'attestation de salaire 36202 par duplication avec le présent formulaire.  
→ si non, remplissez uniquement cette déclaration.

## EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale  
Adresse  
N° de Téléphone

CTN

## ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

(le chantier n'est jamais considéré comme établissement d'attache permanent)

Adresse  
N° de Téléphone  
N° SIRET de l'établissement

Groupes d'activités

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime.

RÉSERVÉ CPAM

## VICTIME

N° d'immatriculation  
À défaut sexe Date de naissance  
NOM, Prénom (NOM, Prénom, du nom d'époux)  
ADRESSE  
Date d'embauche Profession Ancienneté dans le poste  
Qualification professionnelle  
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?  OUI  NON

CPAM

Nationalité  Française  
 C.E.E.  
 Autre

## ACCIDENT

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_  
Horaire de travail de la victime le jour de l'accident de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ et de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Lieu de l'accident (1)  
Circonstances détaillées de l'accident (1)  
(Indiquez, le cas échéant l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion utilisé)  
Siège des lésions (1)  
Nature des lésions (1)  
Victime transportée à

Accident  constaté } le \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_  par l'employeur  par ses préposés  dénoté par la victime  
 connu }  
inscrit au regist. d'infirmerie le \_\_\_\_\_ sous le N° \_\_\_\_\_  
Conséquences :  SANS ARRÊT DE TRAVAIL  AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (1)  DÉCÈS

## TÉMOINS

Nom, prénom et adresse  
Un rapport de police a-t-il été établi ?  OUI  NON par qui ?

## TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers :  OUI  NON  
Si OUI, nom et adresse du tiers  
Sté d'assurance du tiers







# 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**

# Merci pour votre attention

