

Ce que l'Assurance Maladie fait pour nous

Dès que j'ai déclaré mon accident, ma caisse d'assurance maladie récupère les sommes d'argent engagées pour mes soins de santé auprès du tiers responsable ou de sa compagnie d'assurance.



Pour cela, ma caisse d'assurance maladie :

- assure mes remboursements et ma prise en charge (frais médicaux, indemnités journalières...) dans les conditions habituelles,
- étudie ma déclaration pour déterminer les circonstances et la responsabilité de chacun,
- contacte la compagnie d'assurance du tiers responsable ou le responsable lui-même.

Pour choisir le professionnel de santé que je consulte après mon accident, comme un kinésithérapeute, une infirmière... je me connecte sur

 **ameli-direct.fr**

mon parcours d'assuré



INFORMATION

Pour en savoir plus...

Pour choisir le professionnel de santé dont j'ai besoin après mon accident, je me connecte sur

ameli-direct.fr

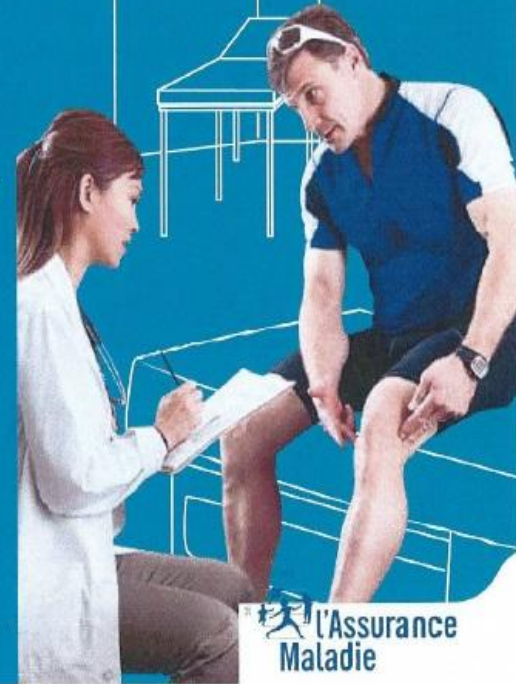
J'appelle le 01 42 76 12 30 pour poser mes questions à un **conseiller** du centre 602

Je retrouve toutes les informations sur

 **ameli.fr**
ASSURANCE MALADIE EN LIGNE



je suis blessé par un tiers



 **L'Assurance Maladie**

mon parcours d'assuré

Des offres et des services pour m'accompagner à chaque étape de ma vie.

La mission de l'Assurance Maladie n'est pas uniquement d'assurer mes remboursements de soins, elle m'aide aussi à mieux gérer ma santé.

En tant qu'assureur solidaire en santé, l'Assurance Maladie me permet d'être soigné(e) selon mes besoins, en cotisant selon mes moyens.

Elle s'engage à me fournir des services d'information, d'accompagnement, de prévention et de dépistage. Son objectif : m'aider à agir sur ma santé, à comprendre et à anticiper mes dépenses.

Parce que je peux avoir un accident causé par un tiers (un voisin, un automobiliste, un chien, un élève...), l'Assurance Maladie m'informe et me conseille sur les bons réflexes à adopter dans cette situation.

Ce que je fais

en tant qu'assuré

J'ai été blessé(e) par un tiers : j'ai été victime d'un accident mettant en cause la responsabilité d'une autre personne.



Le bon réflexe est alors de le déclarer tout de suite à ma caisse d'assurance maladie.



bon à savoir

Cette démarche permet à l'Assurance Maladie de récupérer plus d'un milliard d'euros chaque année auprès des assureurs ou des personnes responsables de l'accident. Nous améliorons ainsi la gestion de notre système de santé. C'est bien pour tous et pour chacun.

POUR DECLARER MON ACCIDENT

Je précise aux professionnels de santé que je consulte pour mes soins médicaux, que j'ai été blessé(e) par un tiers. Ils le mentionnent alors sur la feuille de soins électronique en cochant la case "accident causé par un tiers".



Je déclare mon accident à ma caisse d'assurance maladie dans un délai de 15 jours

soit par courriel à l'adresse électronique sjuridique@mc602.com, par courrier ou par téléphone au 01 42 76 12 30



Je demande le formulaire de déclaration pour déclarer mon accident





n° 15263*01

DECLARATION D'UN DOMMAGE CORPOREL CAUSE PAR UN TIERS



(Articles L 376-1 et L 454-1 du Code de la sécurité sociale - Article 15 de la Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985)

**Si vous avez été victime d'un dommage corporel causé par un tiers
merci de compléter ce questionnaire et de l'adresser à votre organisme d'assurance maladie**

Cochez la case désignant votre organisme de rattachement : CPAM MSA RSI Autre précisez :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) SOCIAL(E)

● L'assuré(e)

Nom et prénom :

(Nom de naissance (de famille) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse :

Code postal :

Numéro de sécurité sociale :

Tél. domicile : Tél. portable :

Adresse mail :

Indiquez le nom de votre organisme complémentaire santé (mutuelle...) :

Bénéficiez-vous de la CMUC ? non oui

● La victime (à compléter si la victime n'est pas l'assuré(e) social(e))

Nom et prénom :

(Nom de naissance (de famille) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Date de naissance : Lien avec l'assuré(e) :

Indiquez le nom de votre organisme complémentaire santé (mutuelle...) :

Bénéficiez-vous de la CMUC ? non oui

CONSEQUENCES MEDICALES

● **Passage aux Urgences** Date : ● **Hospitalisation**

Période d'hospitalisation : du au Service :

Période d'hospitalisation : du au Service :

Nom(s) et adresse(s) de(s) (l')établissement(s) :

● **Soins** : au cabinet du médecin ou à domicile dans un établissement hospitalier

Les soins sont-ils terminés ? oui non - si oui, date de guérison ou de consolidation

● **Arrêt de travail** à compter du toujours en cours

CIRCONSTANCES DES FAITS

Cochez la (les) case(s) correspondant à votre situation

● **Date des faits** Heure

● **Lieu des faits** - Adresse : Code postal :

Domicile Trajet domicile/travail Travail Ecole* Salle de sport, stade, piscine*... Magasin* Voie publique Lieu des loisirs ou des vacances* Etablissement de santé* Autre précisez :

*Précisez le nom de la structure :

● Origine du dommage

Circulation Mauvais état de la voirie Travaux non signalés Accident médical Activité scolaire Domestique Activité sportive Loisirs Chasse Animal Coups et blessures volontaires Autres précisez :

● Détails des circonstances de l'accident :

PREUVE DES FAITS

- Un constat amiable a-t-il été établi ? oui (joindre une copie) non
Un procès verbal a-t-il été dressé ? oui (joindre une copie) non
Avez-vous déposé plainte ? oui (joindre une copie) non

Nom et adresse de l'avocat ou de la personne chargée de vos intérêts : _____

Nom(s), prénom(s) et adresse(s) du (ou des) témoin(s) : _____

IDENTITE DU TIERS RESPONSABLE (auteur du dommage, propriétaire de l'animal... hors accident de la circulation)

Nom, prénom et adresse : _____

Si le tiers responsable est mineur, nom(s), prénom(s) et adresse de la personne ayant l'autorité parentale :

Nom et adresse de sa compagnie d'assurances ou de l'agent local : _____

N° de contrat : _____ N° de sinistre : _____

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE LA CIRCULATION

Cochez la (les) case(s) correspondant à votre situation

- **Qualité de la victime** : Conducteur Passager Piéton Cycliste
● **Type de véhicule utilisé par la victime** : Motocyclette Automobile Transport en commun
Autre précisez : _____ ▶ Nombre de véhicules en cause : _____

● Coordonnées de la compagnie d'assurances

▶ **Si la victime était conducteur**, indiquez :

Le nom et l'adresse de la compagnie assurant le véhicule : _____

N° de contrat : _____ N° de sinistre : _____ N° d'immatriculation du véhicule : _____

Date de déclaration du sinistre : _____

▶ **Si la victime était passager**, indiquez :

Le nom et l'adresse du conducteur du véhicule transporteur : _____

Le nom et l'adresse du propriétaire de ce véhicule si différent du conducteur : _____

Le nom et l'adresse de la compagnie assurant ce véhicule : _____

N° de contrat : _____ N° de sinistre : _____ N° d'immatriculation du véhicule : _____

▶ **Si la victime était piéton ou cycliste**, indiquez :

Le nom et l'adresse du conducteur du véhicule à l'origine de l'accident : _____

Le nom et l'adresse du propriétaire de ce véhicule si différent du conducteur : _____

Le nom et l'adresse de la compagnie assurant ce véhicule : _____

N° de contrat : _____ N° de sinistre : _____ N° d'immatriculation du véhicule : _____

PRESENCE D'AUTRES VICTIMES

(le cas échéant, et si vous les connaissez, indiquez leur nom, prénom(s), adresse et date de naissance)

J'accepte :

- l'échange d'informations médicales entre les médecins conseils en charge de mon dossier (article L. 315-1 V du Code de la sécurité sociale).
 la transmission par le service médical au service juridique de la caisse, en cas d'accident médical ou dommage causé par un produit de santé défectueux (médicament, sonde cardiaque, prothèse, etc), des avis et décisions rendus par une Commission de conciliation et d'indemnisation et/ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux et des rapports d'expertise me concernant afin que la caisse puisse récupérer les frais engagés auprès du responsable du dommage ou de son assureur.
 la transmission de ce questionnaire à mon organisme complémentaire, si une convention d'échange existe, pour lui permettre de solliciter auprès du responsable du dommage ou de son assureur le remboursement des prestations versées.

A

Le

Signature de l'assuré(e)

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter de faire obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, art. L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée 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 auprès de votre organisme pour les données vous concernant.