

# Déclaration de maladie professionnelle

## Notice d'utilisation

Madame, Monsieur,

Votre Médecin vient de constater une altération de votre état de santé. Il estime qu'elle a été causée par les différents travaux que vous avez été amené(e) à effectuer au cours de votre carrière professionnelle.

Afin que votre situation puisse être examinée par votre organisme d'Assurance Maladie, il convient que vous lui adressiez le plus rapidement possible et au plus tard dans les 15 jours suivant votre arrêt de travail (si votre état de santé justifie un tel arrêt) :

- la déclaration ci-jointe



► Pour plus de rapidité, retournez votre déclaration complétée, scannée  à l'adresse suivante : [mp85@assurance-maladie.fr](mailto:mp85@assurance-maladie.fr)

### Maladies d'origine professionnelle Art. L 461-1 du Code de la Sécurité Sociale

1 - Est présumée d'origine professionnelle les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles et contractées dans les conditions prévues à ces tableaux.

2 - Peuvent être reconnues comme étant d'origines professionnelle les maladies désignées dans les tableaux de maladies professionnelles lorsqu'elles sont directement causées par le travail habituel et ceci en l'absence d'une ou plusieurs conditions prévues aux tableaux (délais de prise en charge, durée d'exposition, liste limitative des travaux).

3 - Cependant, une maladie caractérisée, ne figurant pas aux tableaux des maladies professionnelles, peut être reconnue d'origine professionnelle, s'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel et si elle entraîne le décès ou une incapacité permanente au moins égale à 25%.



#### **Vous souhaitez suivre vos remboursements sur Internet ?**

Ouvrez votre compte sur [ameli.fr](http://ameli.fr) et consultez en temps réel le détail de vos remboursements ainsi que les indemnités journalières versées dans le cadre d'un arrêt de travail. Vous pourrez aussi contacter un conseiller par e-mail depuis votre messagerie.

# Déclaration de maladie professionnelle

Si vous avez déjà déclaré une maladie professionnelle pour la même pathologie, veuillez indiquer à quelle date.



N° 60-3950



DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE  
DEMANDE MOTIVEE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE

SECURITE SOCIALE

Article L 461-1, L 461-5, R 441-11, R 461-3 et 5, D 461-29 du Code de la sécurité sociale  
LA VICTIME ENVOIE A SA CAISSE, LES 4 PREMIERS VOLETS, AU PLUS TARD DANS LES 15 JOURS  
SUIVANT L'ARRET DE TRAVAIL, ET CONSERVE LE 5<sup>e</sup> VOLET

Première demande  OUI  NON SI NON, DATE DE LA 1<sup>ère</sup> DEMANDE

Réservé CPAM

## VICTIME

N° d'immatriculation  
NOM, Prénom  
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)  
ADRESSE  
Date d'embauche  
Profession

Indiquer votre date d'entrée dans l'entreprise ainsi que l'intitulé de votre poste actuel.

CPAM

Nationalité  Française  C.E.E.  Autre

## NATURE DE LA MALADIE

Le soussigné, déclare être atteint de (ou que la victime est atteinte de)

Reporter la pathologie indiquée sur votre certificat médical initial.

Date de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale ou éventuellement de l'arrêt de travail.

## DERNIER EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale  
Adresse

N° de Téléphone

## ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

Adresse

N° de Téléphone

N° SIRET de l'établissement

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

C'est le numéro Siret qui se trouve sur votre bulletin de salaire.

## DUREE DE L'EXPOSITION

### Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie (1)

Nom et adresse des employeurs	du	Période	au	Poste occupé

Indiquer tous vos postes ayant pu provoquer votre pathologie, les dates d'occupation de ces postes ainsi que l'intitulé du poste.

(1) Joindre, autant que possible, la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois.

## PIECES A JOINDRE

- Certificat médical en double exemplaire
- Attestation de salaire établie par le dernier employeur

A compléter si la personne atteinte de la maladie est dans l'incapacité de le faire.

## DECLARANT (2)

NOM, Prénom  
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)  
ADRESSE  
QUALITE  
(2) A COMPLETER SI LE DECLARANT N'EST PAS LA VICTIME

Votre déclaration doit impérativement être datée et signée.

Fait à

le

Signature



N° 60-3950



DECLARATION DE MALADIE PROFESSIONNELLE  
DEMANDE MOTIVEE DE RECONNAISSANCE DE MALADIE PROFESSIONNELLE

SECURITE SOCIALE

Article L 461-1, L 461-5, R 441-11, R 461-3 et 5, D 461-29 du Code de la sécurité sociale  
LA VICTIME ENVOIE A SA CAISSE, LES 4 PREMIERS VOLETS, AU PLUS TARD DANS LES 15 JOURS  
SUIVANT L'ARRET DE TRAVAIL, ET CONSERVE LE 5<sup>e</sup> VOLET

Première demande  OUI  NON SI NON, DATE DE LA 1<sup>ère</sup> DEMANDE

Réservé CPAM

VICTIME

N° d'immatriculation  
NOM, Prénom  
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)  
ADRESSE  
Date d'embauche  
Profession  
Qualification professionnelle  
Nationalité  Française  C.E.E.  Autre

CPAM

Tableau MP

NATURE DE LA MALADIE

Le soussigné, déclare être atteint de (ou que la victime est atteinte de)  
Date de la 1<sup>ère</sup> constatation médicale ou éventuellement de l'arrêt de travail.

Syndrome Code M.P.

DERNIER EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale  
Adresse  
N° de Téléphone

CTN

ETABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME

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

Groupement d'activité

DUREE DE L'EXPOSITION

Emplois antérieurs ayant exposé la victime au risque de la maladie (1)

Nom et adresse des employeurs	du	Période	au	Poste occupé

(1) Joindre, autant que possible, la copie des certificats de travail correspondant à ces emplois.

PIECES A JOINDRE

- Certificat médical en double exemplaire
- Attestation de salaire établie par le dernier employeur

DECLARANT (2)

NOM, Prénom  
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)  
ADRESSE  
QUALITE

(2) A COMPLETER SI LE DECLARANT N'EST PAS LA VICTIME

Fait à le Signature