

Déclaration d'un accident causé par un tiers



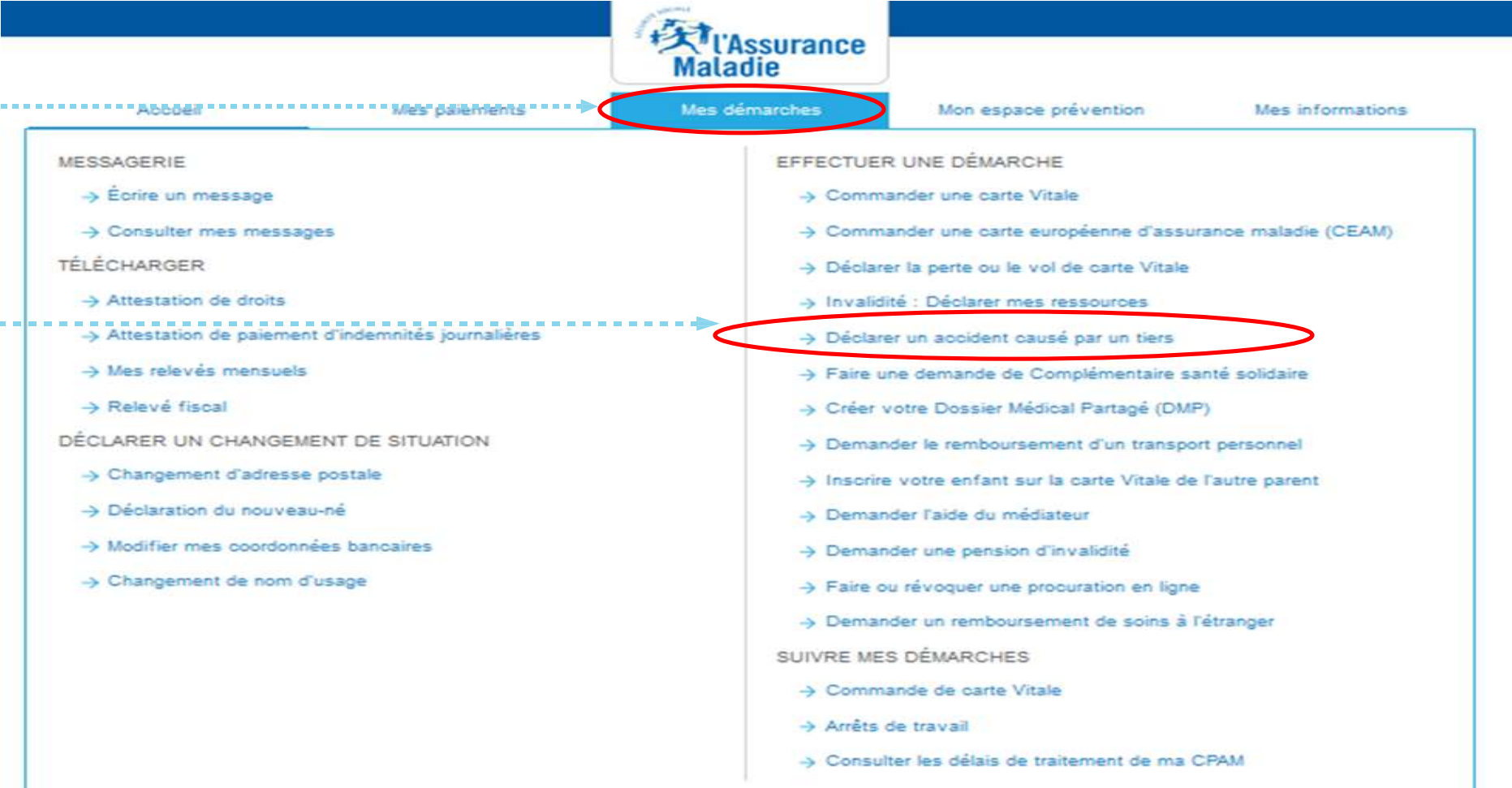
ETAPE (0) : L'assuré se connecte à son compte ameli et se rend sur la page d'accueil

1

L'assuré sélectionne la rubrique **Mes démarches**

2

Puis **Déclarer un accident causé par un tiers**



l'Assurance Maladie

Accueil Mes paiements **Mes démarches** Mon espace prévention Mes informations

MESSAGERIE

- Écrire un message
- Consulter mes messages

TÉLÉCHARGER

- Attestation de droits
- Attestation de paiement d'indemnités journalières
- Mes relevés mensuels
- Relevé fiscal

DÉCLARER UN CHANGEMENT DE SITUATION

- Changement d'adresse postale
- Déclaration du nouveau-né
- Modifier mes coordonnées bancaires
- Changement de nom d'usage

EFFECTUER UNE DÉMARCHE

- Commander une carte Vitale
- Commander une carte européenne d'assurance maladie (CEAM)
- Déclarer la perte ou le vol de carte Vitale
- Invalidité : Déclarer mes ressources
- **Déclarer un accident causé par un tiers**
- Faire une demande de Complémentaire santé solidaire
- Créer votre Dossier Médical Partagé (DMP)
- Demander le remboursement d'un transport personnel
- Inscrire votre enfant sur la carte Vitale de l'autre parent
- Demander l'aide du médiateur
- Demander une pension d'invalidité
- Faire ou révoquer une procuration en ligne
- Demander un remboursement de soins à l'étranger

SUIVRE MES DÉMARCHES

- Commande de carte Vitale
- Arrêts de travail
- Consulter les délais de traitement de ma CPAM

Déclaration d'un accident causé par un tiers

 **ETAPE (0 bis)** : L'assuré consulte les informations utiles avant de commencer la démarche

L'assuré prend connaissance **des situations pouvant donner lieu à une déclaration d'accident causé par un tiers**

Une fois que l'assuré a pris connaissance des éléments, il clique sur « **Déclarer un accident** »



The screenshot shows the Assurance Maladie website interface. At the top, there is a navigation bar with the Assurance Maladie logo and five menu items: Accueil, Mes paiements, Mes démarches (highlighted), Mon espace prévention, and Mes informations. Below the navigation bar, the page title is 'DÉCLARER UN ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS'. The main content area contains the following text:

Si vous avez été victime d'un accident causé par un particulier, une entreprise ou administration, déclarez le auprès de votre caisse d'assurance Maladie dans les 15 jours qui suivent.

Dans quelle situation devez-vous effectuer cette déclaration ?

L'accident que vous avez subi doit être causé volontairement ou non et doit engager la responsabilité de la tierce personne (physique ou morale). L'accident ou agression doit donner lieu à une prise en charge médicale (médecin, hôpital...)

Exemple de cas d'accidents causés par un tiers :

- avoir subi des blessures volontaires,
- avoir été mordu par un chien,
- être victime d'un accident de la circulation ou d'une blessure suite à une activité sportive,
- avoir été blessé par un objet appartenant à un voisin...

At the bottom of the page, there are two buttons: 'RETOUR' and 'DÉCLARER UN ACCIDENT'. A mouse cursor is hovering over the 'DÉCLARER UN ACCIDENT' button.

On the right side of the page, there is a 'BON À SAVOIR' box with the text: 'Pour en savoir plus sur vos droits et démarches suite à un accident causé par un tiers : [Rendez-vous sur ameli.fr](#)'.

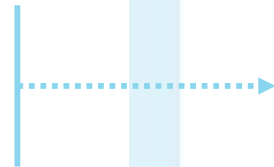
At the bottom right, there is a chatbot notification bubble that says: 'Bonjour ! Je suis ameliBot, le chatbot créé pour vous assister pour toutes vos démarches sur l'Assurance Maladie. Interrogez-moi ! :)' with a close button (X) and a chatbot icon.

Déclaration d'un accident causé par un tiers



ETAPE (0 ter) : L'assuré indique son département

L'assuré sélectionne le département auquel il est rattaché



Déclaration d'un accident causé par un tiers

 **ETAPE (1)** : L'assuré renseigne ses coordonnées

L'assuré commence par indiquer **ses coordonnées** (nom, prénom, adresse, numéro de sécurité sociale, téléphone et mail)

1) Identification

► Identification de l'assuré

Nom*	Muller
Prénom*	Fabrice
N° sécurité sociale*	1931 38
Date de naissance*	1993
Adresse*	Hakeim 38000, Grenoble
Code postal, commune*	38000, Grenoble
Téléphone*	060708
Email*	.fr

L'assuré précise également si :

- il bénéficie d'une **Complémentaire Santé Solidaire (CSS)**;
- il est **travailleur indépendant**

Il renseigne ensuite le **nom de sa mutuelle**

CMUC
Bénéficiaire de la CMUC ? Oui Non

Travailleur indépendant
Êtes-vous travailleur indépendant ? Oui Non

Organisme complémentaire de santé (mutuelle)
Nom de l'organisme AG2R

A cette étape, l'assuré précise également **la ou les victime(s) de l'accident** causé par un tiers

► Victime(s) de l'accident

Ajouter une victime

- Assuré
- Conjoint(e)
- Enfant
- Ayant droit

1/5

Une fois tous les champs complétés, l'assuré clique sur la **flèche**

Déclaration d'un accident causé par un tiers



ETAPE (2): L'assuré renseigne la nature et les circonstances de l'accident

2) Nature et circonstances

► Nature et circonstances

Nature de l'accident

Date et heure de l'accident* 30/11/2021 heure 17:10

Lieu des faits* Domicile

Adresse* Hakeim 38000, Grenoble

Code postal, commune* 38000, Grenoble

Nature de l'accident* Sport

Accident du travail Oui Non

Détail des circonstances de l'accident

Commentaire*

L'assuré indique :

- La date et l'heure de l'accident
- Le lieu de l'accident
- L'adresse de l'accident

L'assuré précise les circonstances de l'accident en complétant la zone **commentaire**



Une fois tous les champs complétés, l'assuré clique sur la **flèche**

Déclaration d'un accident causé par un tiers



ETAPE (3): L'assuré précise si une hospitalisation ou des soins ont du être réalisés suite à l'accident

3) Préjudice

► Fabrice Muller (Assuré)

Passage aux urgences
 Oui Non
Date d'admission*
Nom de l'établissement des urgences*

Hospitalisation
 Oui Non
Période* du au
Autre période du au
L'hospitalisation est-elle terminée ? Oui Non
Nom de l'établissement hospitalier*

Soins
 Oui Non

◀ 3/5 ▶

L'assuré qui a eu des soins renseigne des informations complémentaires concernant **les soins** et un éventuel **arrêt de travail**

L'assuré mentionne si l'accident causé par un tiers a entraîné :

- **un passage aux urgences** (date d'admission et nom de l'établissement);
- **une hospitalisation** (période et nom de l'établissement);
- **des soins**.

Soins
 Oui Non
 à votre cabinet médical
 à votre domicile
 dans un établissement hospitalier
Les soins sont-ils terminés ? Oui Non

Arrêt de travail
 Oui Non
À compter du ... toujours en cours

◀ 3/5 ▶

Déclaration d'un accident causé par un tiers



ETAPE (4): L'assuré renseigne les informations concernant le tiers responsable de l'accident

4) Parties en cause

► Tiers responsable

Un tiers est-il impliqué dans l'accident ?
 Oui Non

Nom*

Prénom*

Adresse*

Le tiers responsable est-il mineur ? Oui Non

Compagnie d'assurances du tiers responsable

Nom de la compagnie d'assurances

Adresse

N° de contrat

N° de sinistre

► Autres personnes blessées

4/5

L'assuré indique les **coordonnées et la compagnie d'assurance** du tiers responsable

A noter :

La démarche se poursuit même si l'assuré n'a pas toutes les informations concernant le tiers responsable de l'accident

Déclaration d'un accident causé par un tiers

  **ETAPE (5):** L'assuré joint les preuves et valide la déclaration

5) Preuve des faits et validation

► Preuve des faits

Un constat amiable a-t-il déjà été établi ?

Oui Non

Un procès verbal a-t-il déjà été dressé ?

Oui Non

Avez-vous déposé plainte ?

Oui Non

► Témoins

+Ajouter un témoin

L'assuré peut ajouter des documents attestant l'accident causé par un tiers

L'assuré peut également ajouter les informations concernant un témoin

Déclaration d'un accident causé par un tiers



ETAPE (5 bis): L'assuré valide sa déclaration

5) Preuve des faits et validation

Validation

Recommandation

Lors de chaque remboursement de prestations, si des soins sont en rapport avec l'accident ou les faits survenus, n'oubliez pas de le préciser sur vos feuilles de soins, ou de le faire préciser par des professionnels de santé pratiquant le tiers payant.

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 pas 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.

Contrôle avant envoi

5/5

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 pas 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.

Contrôle avant envoi

UN NEUF HUIT

Veuillez retranscrire la série ci-dessus en chiffres * x

Envoyer votre questionnaire

5/5

L'assuré valide sa déclaration d'accident causé par un tiers en **acceptant les échanges et transmissions d'informations** entre le service médical de l'Assurance Maladie et la mutuelle de l'assuré puis après avoir **réalisé le contrôle avant envoi**, l'assuré finalise sa demande en cliquant sur « **Envoyer mon questionnaire** »

Déclaration d'un accident causé par un tiers



ETAPE (6): La déclaration d'un accident causé par un tiers est transmise à l'Assurance Maladie

5) Procédure et validation

► Récapitulatif

Votre questionnaire a été enregistré sous la référence : **2021120108340736**

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire. Votre dossier sera traité dans les plus brefs délais.

[Visualiser votre questionnaire](#)

Contact(s)

@cpam-isere .fr

Message de votre caisse

Pour toute question ou complément d'information, vous pouvez contacter un conseiller Assurance Maladie à cet adresse.

L'assuré reçoit la confirmation que sa demande est bien envoyée à l'Assurance Maladie : un numéro de référence lui est communiqué. Il reçoit également le récapitulatif de la demande par mail.

L'assuré peut consulter sa déclaration d'accident causé par un tiers