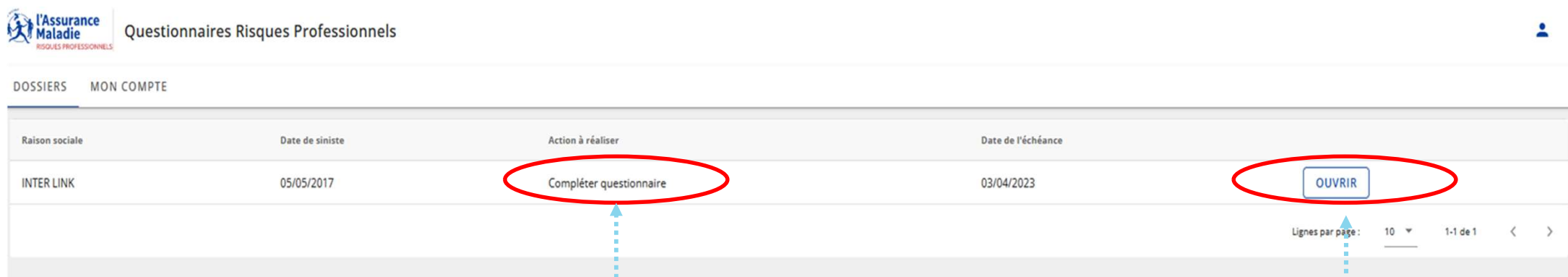


Compléter le questionnaire risques professionnels

 **ETAPE (0)** : L'assuré se connecte sur son compte
<https://questionnaires-risquepro.ameli.fr/assure/login>



Raison sociale	Date de sinistre	Action à réaliser	Date de l'échéance
INTER LINK	05/05/2017	Compléter questionnaire	03/04/2023

Lignes par page : 10 1-1 de 1

L'assuré arrive sur ses dossiers d'accident de travail et maladie professionnelle

Pour chaque dossier, il est indiqué quelle action est à réaliser

Pour rentrer dans un des dossier, l'assuré clique sur « **ouvrir** »

Compléter le questionnaire risques professionnels

 **ETAPE (1)** : L'assuré consulte le tableau de bord de sa maladie professionnelle

Dossier MP

Date de sinistre 20/04/2015	Numéro de sinistre 150420677	Date de mise en ligne 21/07/2023	Première Constatation Médicale 17/07/2023
--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--

Statut du dossier

Informations

Vous pouvez répondre au(x) questionnaire(s) jusqu'au **31/08/2023**

Questionnaire(s)

 0/2 Questionnaire STEELCASE : Questionnaire à compléter
Questionnaire Employeur particulier : Questionnaire à compléter

Mes actions à réaliser

Questionnaire STEELCASE [+ RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE](#)

Questionnaire Employeur particulier [+ RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE](#)

Pièces jointes au dossier

Intitulé pièce jointe	Ajouté par	Ajouté le
 Certificat médical initial	Agent	21/07/2023
 Déclaration de maladie professionnelle	Agent	21/07/2023

Il est rappelé ici la date et le numéro du sinistre

La rubrique « **statut du dossier** » indique **l'étape en cours** tout indiquant **le délai** pour réaliser l'étape

Il est indiqué ici **l'action à réaliser** par l'assuré pour avancer dans le statut du dossier, ici l'assuré doit **répondre à plusieurs questionnaires**.

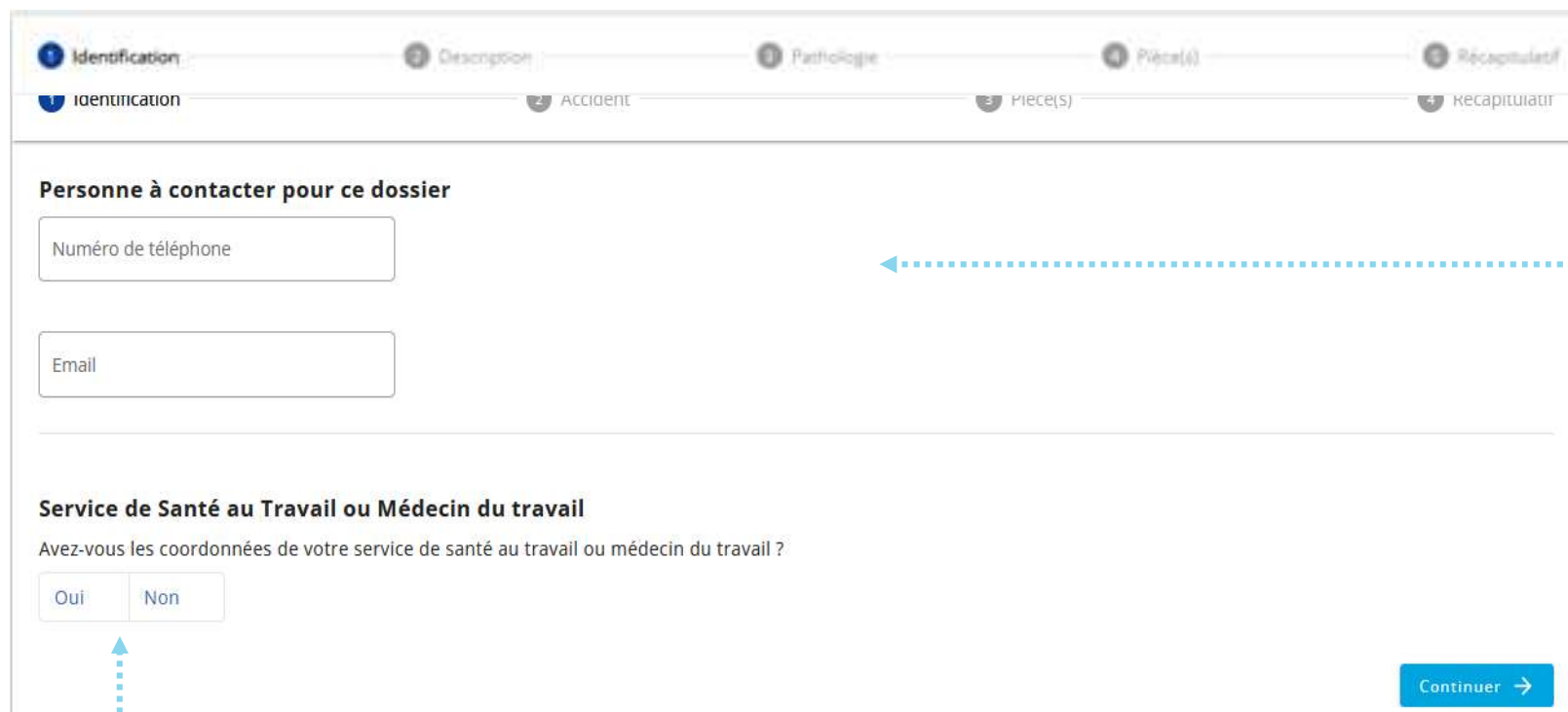
A noter que l'assuré doit compléter l'ensemble des questionnaires pour que son dossier soit instruit

Attention : il faut remplir un questionnaire par employeur

L'assuré peut consulter les pièces présentes au dossier

Compléter le questionnaire risques professionnels

ETAPE (2-1) : L'assuré complète le questionnaire risques professionnels



Pour débiter le questionnaire, l'assuré renseigne son numéro de téléphone et son email

L'assuré doit inscrire les coordonnées de son service de santé au travail ou du médecin du travail



Une fois complété, l'assuré clique sur « **Continuer** »

A noter : La complétion du questionnaire risques professionnels **doit être faite en une seule fois**, si l'assuré s'arrête au milieu de la démarche, il devra tout recommencer

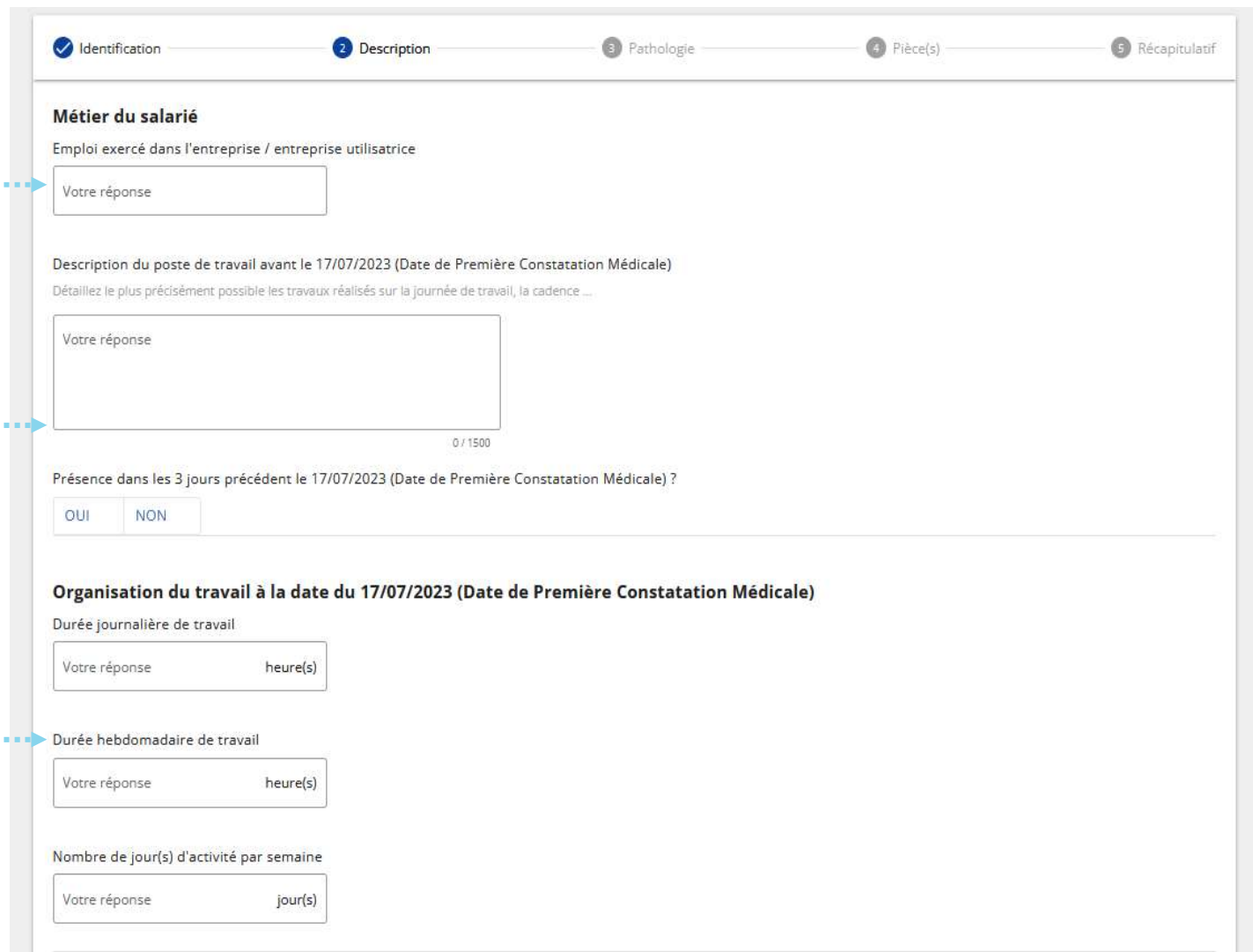
Compléter le questionnaire risques professionnels

ETAPE (2-2) : L'assuré complète le questionnaire risques professionnels

L'assuré **indique son métier**

L'assuré **décrit son poste de travail** en 1500 caractères maximum et indique s'il était en poste dans les 3 jours avant la date de la première constatation médicale

L'assuré précise l'organisation de son travail à la date de la première constatation médicale



The screenshot shows the 'Description' step of a questionnaire. At the top, there is a progress bar with five steps: 1. Identification (checked), 2. Description (active), 3. Pathologie, 4. Pièce(s), and 5. Récapitulatif. The main content area is titled 'Métier du salarié'. It contains three sections: 1. 'Emploi exercé dans l'entreprise / entreprise utilisatrice' with a text input field labeled 'Votre réponse'. 2. 'Description du poste de travail avant le 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)' with a subtext 'Détaillez le plus précisément possible les travaux réalisés sur la journée de travail, la cadence ...' and a large text area labeled 'Votre réponse' with a character count '0 / 1500'. 3. 'Présence dans les 3 jours précédant le 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale) ?' with two buttons: 'OUI' and 'NON'. Below this, there is a section titled 'Organisation du travail à la date du 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)' with three sub-sections: 'Durée journalière de travail' with a text input field labeled 'Votre réponse' and 'heure(s)'; 'Durée hebdomadaire de travail' with a text input field labeled 'Votre réponse' and 'heure(s)'; and 'Nombre de jour(s) d'activité par semaine' with a text input field labeled 'Votre réponse' and 'jour(s)'.

Compléter le questionnaire risques professionnels

 **ETAPE (2-2bis)** : L'assuré complète le questionnaire risques professionnels

L'assuré **indique l'intitulé du poste occupé**

Il précise également la période d'occupation du poste

L'assuré peut ajouter d'autres postes si cela est en lien avec la demande de maladie professionnelle

Chronologie des postes occupés dans l'entreprise / entreprise utilisatrice avant la date du 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)

Intitulé du poste occupé

Votre réponse

Période d'occupation du poste

Du Au

Format JJ/MM/AAAA Format JJ/MM/AAAA (réponse optionnelle)

Souhaitez-vous ajouter un poste ?

Une fois complété,
l'assuré clique sur
« **Continuer** »

Compléter le questionnaire risques professionnels

ETAPE (2-3) : L'assuré complète le questionnaire risques professionnels

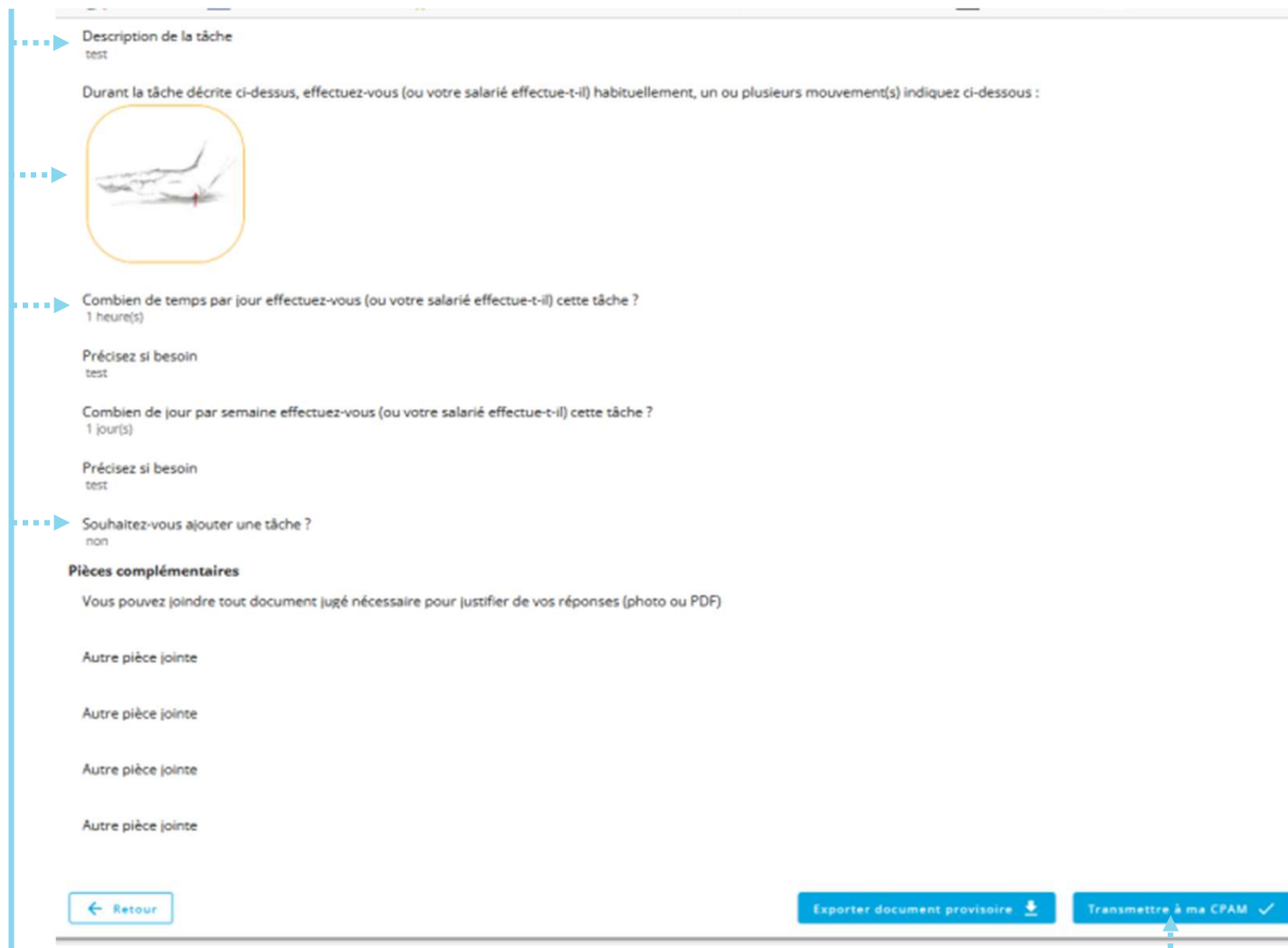
L'assuré indique et **décrit la tâche effectuée au travail** expliquant la demande de maladie professionnelle en 1500 caractères maximum.

En fonction de la pathologie, des images animées peuvent décrire des gestes.

Dans ce cas, le salarié sélectionne les images qui correspondent au mouvement effectué durant la tâche décrite.

Puis, le salarié indique obligatoirement la durée par jour et le nombre de jour où il effectue cette tâche.

Il doit décrire l'ensemble des tâches réalisées, il peut donc rajouter une autre tâche en cliquant sur « **Oui** »



The screenshot shows a web form for reporting professional risks. It includes sections for task description, frequency, and additional documents. The form is in French and contains several input fields and checkboxes.

... Description de la tâche
test

Durant la tâche décrite ci-dessus, effectuez-vous (ou votre salarié effectue-t-il) habituellement, un ou plusieurs mouvement(s) indiquez ci-dessous :

... 

... Combien de temps par jour effectuez-vous (ou votre salarié effectue-t-il) cette tâche ?
1 heure(s)

Précisez si besoin
test

Combien de jour par semaine effectuez-vous (ou votre salarié effectue-t-il) cette tâche ?
1 jour(s)

Précisez si besoin
test

... Souhaitez-vous ajouter une tâche ?
non

Pièces complémentaires

Vous pouvez joindre tout document jugé nécessaire pour justifier de vos réponses (photo ou PDF)

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

← Retour

Exporter document provisoire

Transmettre à ma CPAM

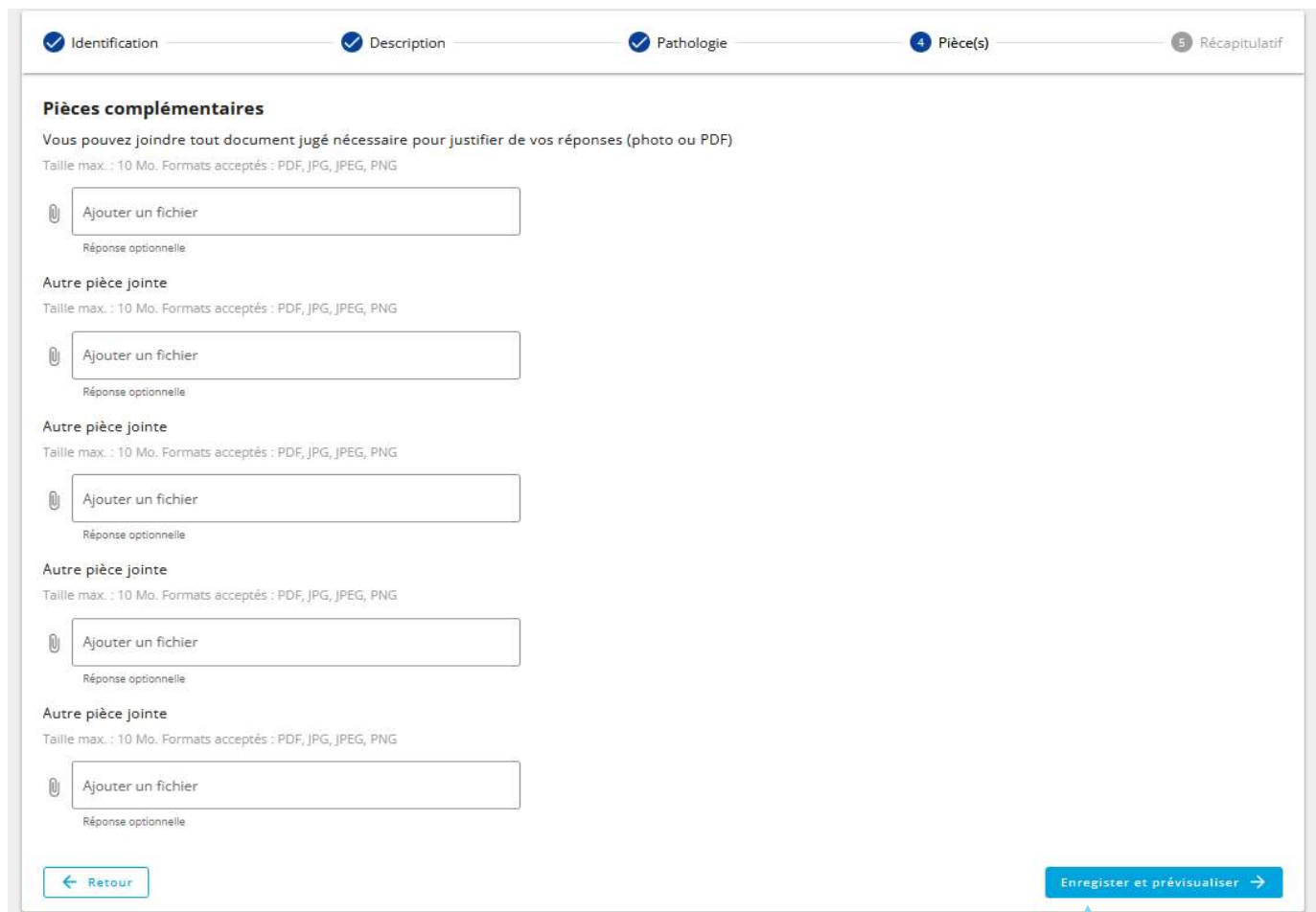
Une fois complété,
l'assuré clique sur
« **Continuer** »

Compléter le questionnaire risques professionnels

ETAPE (2-4) : L'assuré complète le questionnaire risques professionnels

L'assuré peut ici joindre tout document qu'il juge nécessaire en complément

Les documents à joindre **doivent respecter les formats acceptés** (PDF, JPG, JPEG ou PNG) et doit avoir maximum **la taille de 10 Mo**



A noter : Aucun document à caractère médical ne doit être envoyé ici, les documents transmis étant consultables par l'employeur.

Une fois complété, l'assuré clique sur « **Enregistrer et prévisualiser** »

Compléter le questionnaire risques professionnels



ETAPE (2-5) : L'assuré complète le questionnaire risques professionnels

Identification

Description

Pathologie

Pièce(s)

Récapitulatif

Personne à contacter pour ce dossier

Numéro de téléphone
0101010101

Email
test@test.fr

Service de Santé au Travail ou Médecin du travail

Avez-vous les coordonnées de votre service de santé au travail ou médecin du travail ?
non

Métier du salarié

Emploi exercé dans l'entreprise / entreprise utilisatrice
test

Description du poste de travail avant le 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)
test

Présence dans les 3 jours précédents le 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale) ?
oui

Organisation du travail à la date du 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)

Durée journalière de travail
1 heure(s)

Durée hebdomadaire de travail
1 heure(s)

Nombre de jour(s) d'activité par semaine
1 jour(s)

Chronologie des postes occupés dans l'entreprise / entreprise utilisatrice avant la date du 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)

Intitulé du poste occupé
test

Période d'occupation du poste
du 17/07/2023

Souhaitez-vous ajouter un poste ?
non

Durée hebdomadaire de travail
1 heure(s)

Nombre de jour(s) d'activité par semaine
1 jour(s)

Chronologie des postes occupés dans l'entreprise / entreprise utilisatrice avant la date du 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)

Intitulé du poste occupé
test

Période d'occupation du poste
du 17/07/2023

Souhaitez-vous ajouter un poste ?
non

Description de tâche

Nom de la tâche
test

Description de la tâche
test

Durant la tâche décrite ci-dessus, effectuez-vous (ou votre salarié effectue-t-il) habituellement, un ou plusieurs mouvement(s) indiquez ci-dessous :

Souhaitez-vous ajouter une tâche ?
non

Pièces complémentaires

Vous pouvez joindre tout document jugé nécessaire pour justifier de vos réponses (photo ou PDF)

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

Retour

Exporter document provisoire

Transmettre à ma CPAM



A noter : Si l'assuré clique sur « Retour »
Il devra recommencer la saisie et à nouveau
remettre les documents nécessaires et les
attestations des témoins

L'assuré peut télécharger le
document avant de cliquer sur
« Transmettre à ma CPAM »

L'assuré vérifie les
informations, puis l'assuré
peut cliquer sur
« Transmettre à ma
CPAM »

Compléter le questionnaire risques professionnels

ETAPE (2-5 bis) : L'assuré complète le questionnaire risques professionnels

Nombre de jour(s) d'activité par semaine
1 jour(s)

Chronologie des postes occupés dans l'entreprise / entreprise utilisatrice avant la date du 17/07/2023 (Date de Première Constatation Médicale)

Intitulé du poste occupé
test

Période d'occupation du poste
du 17/07/2023

Souhaitez-vous ajouter un poste ?
non

Description de tâche

Nom de la tâche
test

Description de la tâche
test

Durant la tâche décrite ci-dessus, effectuez-vous :

Souhaitez-vous ajouter une tâche ?
non

Pièces complémentaires

Vous pouvez joindre tout document jugé nécessaire :

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

Autre pièce jointe

← Retour

Exporter document provisoire

Transmettre à ma CPAM ✓

Rappel

Conformément aux CGU, toutes les pièces transmises à l'appui du questionnaire seront portées à la connaissance de votre salarié ou de votre employeur.

Il est rappelé qu'aucune pièce à caractère médical ne doit être transmise via ce téléservice. A défaut, le secret médical sera considéré comme levé et la responsabilité de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie ne saurait être engagée conformément aux CGU.

ANNULER VALIDER

Avant l'envoi, il est rappelé à l'assuré que les documents transmis doivent pas être à caractère médical comme expliqué dans les CGU

Une fois ce rappel pris en compte, l'assuré clique sur « **Valider** »

Compléter le questionnaire risques professionnels

 **ETAPE (3)** : L'assuré reçoit la confirmation de l'envoi du questionnaire de la CPAM

 Questionnaires Risques Professionnels

✓ Votre questionnaire est transmis à la CPAM FERMER

← RETOUR AUX DOSSIERS

↓ TÉLÉCHARGER LE QUESTIONNAIRE VIERGE
↓ TÉLÉCHARGER ATTESTATION TÉMOIN

Dossier MP
Dossier AT

Date de sinistre 05/05/2017	Numéro de sinistre 170505671	Date de mise en ligne 03/03/2023
--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Statut du dossier

Informations
Le dossier sera disponible pour consultation et commentaires à compter du **11/05/2023**

Questionnaire(s)

 ✓ Questionnaire INTER LINK : Vous avez validé le questionnaire le 03/03/2023 VISUALISER

Mon action à réaliser
Questionnaire INTER LINK ✓ Aucune action supplémentaire nécessaire

Pièces jointes au dossier

Une fois le questionnaire transmis, l'assuré peut voir la confirmation de la transmission du questionnaire à la CPAM