

décret du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime des marins modifié, articles 11, 11a et 21-3

Le RPM 111 est remis à la victime d'un accident du travail maritime par l'employeur, dès lors qu'il a établi le rapport de blessure, maladie ou décès sur l'imprimé RPM 102.

En cas de maladie professionnelle déclarée, l'imprimé doit être demandé à l'Enim ou aux Services des affaires maritimes pour les résidents en Nouvelle-Calédonie, et en Polynésie Française

La feuille d'accident du travail maritime ou de maladie professionnelle est conservée par la victime. Elle doit être présentée systématiquement au praticien qui dispense les soins, ou le cas échéant à l'hôpital, ainsi qu'à l'auxiliaire médical(e), au pharmacien ou au fournisseur et au biologiste chaque fois qu'une ordonnance est exécutée. Ces derniers doivent remplir la page 2/2 afin d'attester la prestation des actes et l'exécution des ordonnances. La facturation des actes est portée sur les feuilles de soins et les bordereaux de facturation utilisés également pour les risques maladie et maternité.

La page 1/2 permet à la victime de bénéficier du tiers payant et de la gratuité des soins, dans la limite des tarifs conventionnels.

En cas de rechute ou si nécessaire, en cas de poursuite des soins, l'Enim ou le Service des affaires maritimes en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie Française délivre à la victime, sur sa demande, une nouvelle feuille.

Coordonnées des centres Enim

Enim - Centre de prestations maladie de Saint-Malo (CPM1)

Arsenal de la marine - Quai Solidor

35415 Saint-Malo Cedex

ics-cpm1.sdpo@enim.eu

tél. : 0 811 701 703

Enim - Centre de prestations maladie de Lorient (CPM2)

33 boulevard Cosmao-Dumanoir

56327 Lorient Cedex

ics-cpm2.sdpo@enim.eu

tél. : 0 811 701 703

Attestation d'accident ou de maladie autorisant le bénéfice du tiers payant

à remplir obligatoirement lors de la délivrance

la victime

• identification n° marin : _____
nom *suivi s'il y a lieu du nom d'époux (se)* : _____
prénom : _____ date de naissance : _____
adresse : _____
code postal : _____ commune : _____
numéro de sécurité sociale : _____
courriel : _____ acceptez-vous d'être contacté(e) par courriel ? oui non

l'employeur

• identification n° armateur : _____
nom et prénom ou raison sociale : _____
adresse : _____
code postal : _____ commune : _____
courriel : _____ acceptez-vous d'être contacté(e) par courriel ? oui non

l'accident du travail maritime ou la maladie professionnelle

• accident du travail maritime : • maladie professionnelle :
date : _____ date de la constatation médicale : _____
rechute du : _____ rechute du : _____
• lésions :
nature : _____
siège : _____

demande de renouvellement

à remplir par la victime, si la feuille est complètement remplie avant la fin des soins

adresse : _____
code postal : _____ commune : _____
je demande le renouvellement de cette feuille d'accident signature : _____
date : _____

