

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, s'il est exonéré de la prise en charge des soins et salaires du mois durant le premier mois qui suit le débarquement, à l'issue de cette période dans les autres cas.

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 s

i 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 de l'Enim

tél. : 0 811 701 703 \*

Courriel : [pfs.sdpo@enim.eu](mailto:pfs.sdpo@enim.eu)

## Attestation d'accident ou de maladie professionnelle 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 : date : \_\_\_\_\_  
rechute du : \_\_\_\_\_  
• lésions : nature : \_\_\_\_\_  
siège : \_\_\_\_\_

• maladie professionnelle : date de la constatation médicale : \_\_\_\_\_  
rechute du : \_\_\_\_\_

### 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 date : \_\_\_\_\_  
signature : \_\_\_\_\_

