



# Risques Professionnels (RP) Accidents de Travail & Maladies Professionnelles(AT/MP)

L'application 'Risques Professionnels' (RP) ou 'Accidents de Travail & Maladies Professionnelles' (AT/MP) regroupe l'ensemble des fonctionnalités permettant d'assurer la gestion des dossiers accidents de travail et maladies professionnelles, depuis leur déclaration par les Employeurs, les Assurés, les ayants droit ou les autorités locales, jusqu'à leur liquidation et leur clôture. L'application sert également à passer le relais à l'application 'Paiements Prestations'. Elle se base essentiellement sur les données gérées au niveau de l'application 'Immatriculation', en ce qui concerne l'identification des Assurés et des Employeurs ; et sur les données gérées au niveau de l'application 'Cotisations' en matière de contrôle des rémunérations portées par l'Employeur sur les déclarations d'accident de travail ou de maladie professionnelle.

Cette application renferme les principales fonctionnalités permettant aux utilisateurs d'assurer :

- la gestion des dossiers Risques Professionnels AT/MP
- la gestion des certificats médicaux
- les frais de soins médicaux
- la détermination des ayants droit et bénéficiaires de prestations
- le suivi des dossiers (workflow) par entité et par stade de traitement
- la relance et la convocation des bénéficiaires
- la liquidation des prestations des AT/MP
- l'édition et validation des décisions de liquidations

Les caractéristiques notoires sont :

- la **traçabilité des événements sur les dossiers** au niveau du module Suivi
- la **cohérence sur les données des bénéficiaires** en s'appuyant sur la grappe familiale
- la **clarté dans les règles de liquidation**
- la distinction entre le **processus de liquidation automatique** et celui de la gestion des **régularisations** avec le maximum de sécurité au niveau des traitements.

**PRISE EN CHARGE DES DÉCLARATIONS**

Identification Assuré | Accident de Travail | Maladie Professionnelle | Adresse | Employeur Précédents | Suivi du Dossier | Informations médicales

**1 Heure Accident**  
10 : 30 heures/min

**2 Lieu Accident**  
Adresse: 6, Rue POTO POTO  
Localité: 130101 MAKELELE | District/Commune: 1301 BRAZZAVILLE | Département: 13 BRAZZAVILLE  
Arrondissement: 13010101 MAKELELE  
Pays: COG  
Lieu: Lieu de Travail  
Circonstances: Lors de la production du brosson Coca Cola, une bouteille a explosé sur la chaîne de production  
Cause: 0342 Outil à man (électrique)  
Conséquence: 128 Blessures main droite

**3 Témoins**

Nom et Prénom	Qualité	Adresse	Pièce d'identité
Premier: Jean			
Second: Leon			

**4 Tiers Responsable de l'Accident**

Nom	Adresse	Assurance

**PRISE EN CHARGE DES DÉCLARATIONS**

Identification assuré | Accident de travail | Maladie Professionnelle | Adresse | Employeurs précédents

**1 Première constatation**  
Nature des lésions: 100 Blessures  
Siège des lésions: 472 Doigts de la main droite | Date début incapacité: 19/01/2012

**2 Dernier Certificat**  
N° certificat: 3 | Type certificat: 0316 Certificat de consolidation de lésion  
Etat victime: 02 Incapacité Permanente Partielle | Date état victime: 29/02/2012  
Taux d'incapacité(en%): 5  
Début validité: 29/02/2012 | Fin validité:

**CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE  
DIRECTION DES PRESTATIONS TECHNIQUES**

Prrière de rappeler ce numéro pour toute correspondance:  
**22904972/59**

Dossier:  
**N° A00200001 Du 21/11/2011**

M. MAYELE  
AVENUE EDITH LUCIE BONGO

Le: 31/05/2013  
Objet: **Reclamation de certificats médicaux nécessaires au maintien de droit pour votre dossier sus-référencé.**

Nous vous prions de bien vouloir nous fournir les pièces listées ci-dessous avant la date limite indiquée pour chacune d'elles.

Liste des pièces à fournir:

CODE	LIBELLE	DATE LIMITE
0316	Certificat de consolidation de lésion	15/06/2013

SI l'une des pièces réclamées n'est pas fournie avant les délais prescrits, nous vous verrons dans l'obligation de suspendre le paiement de vos prestations.

Nous vous prions de recevoir, l'expression de notre meilleure considération.

**Carnet de soin par employeur**

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR:  
MATRICULE: 1200555/80  
RAISON SOCIALE: ETS LIBERTES S.C.C  
NUMERO, RUE: 636 AV ALPHONSE  
BOITE POSTALE: 5515  
PAYS: CONGO  
DEPARTEMENT: BRAZZAVILLE  
DISTRICT: BRAZZAVILLE  
LOCALITE: POTO POTO  
ARRONDISSEMENT: POTO POTO

IDENTIFICATION DE L'ASSURE:  
NOM: \_\_\_\_\_ N°D'AFFILIATION: \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE: / / DEPART: NAISSANCE: / /  
NOM DU PERE: \_\_\_\_\_ NOM DE LA MERE: \_\_\_\_\_  
PIECE D'IDENTITE TYPE: \_\_\_\_\_ NUMERO: \_\_\_\_\_

DOSSIER: TYPE (ACCIDENT DU TRAVAIL / MALADIE PROFESSIONNELLE): \_\_\_\_\_  
NUMERO: \_\_\_\_\_  
DATE DE L'ACCIDENT OU MANIFESTATION DE LA MALADIE: / /  
CAUSE DE L'ACCIDENT OU NATURE DE LA MALADIE: \_\_\_\_\_

Fournisseur des Prestations: Nom, Prénom: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
Bénéficiaire du Remboursement: \_\_\_\_\_  
Type: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_  
Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Département: \_\_\_\_\_ N° rue: \_\_\_\_\_  
District: \_\_\_\_\_ Boite Postale: \_\_\_\_\_  
Localité: \_\_\_\_\_  
Arrondissement: \_\_\_\_\_

**PRISE EN CHARGE DES DECLARATIONS**

Identification assuré | Accident de travail | Maladie Professionnelle | Adresse | Employeurs précédents | Suivi du dossier | Informations médicales

**1 Information Assuré**  
N° Assuré: 22904972/59 | Nom: MAYELE SAH | Prénom: CHANNEL DELFIN  
Date de naissance: 26/12/1981 | Nom du père: SAMBOU | Nom de la mère: NGALEFOUNDE  
Date immatriculation: 05/12/2011 | Date décès: \_\_\_\_\_

**2 Employé**  
Employeur: 11051052100-PLANETE 2000  
Emploi occupé: 03 | Date emploi: 10/01/2011

**3 Eléments de calcul des indemnités journalières**  
Nombre de jours de préavis: 8  
Dernier mois avant l'accident: (mm/yyyy) 09/2011 | Salaire brut: 73 285  
Salaire soumis à cotisations: 73 285 | Nombre de jours: 26  
Mise à jour par Compte Individuel

**4 Eléments de calcul de la rente**  
Cumul salaire de 12 derniers mois: \_\_\_\_\_