



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 '**Paielements 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.

Carnet de soin par employeur	
IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR:	
MATRICULE:	1200555/80
RAISON SOCIALE:	ETS LIBERTES S.C.C
NUMERO, RUE:	906 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: Prénom: Adresse: Département: N° rue: District: Boite Postale: Localité: Arrondissement:	

PRISE EN CHARGE DES DÉCLARATIONS	
Identification Assuré	Accident de Travail
Heure Accident: 10:30 heures/min	
Lieu Accident: 6, Rue POTO POTO	
Localité: 130101	MAELELELE
Arrondissement: 1301001	MAELELELE
Pays: COG	CONGO
Lieu: 1	Lieu de travail
Cause: 0342	Outil à main (électrique)
Circonstances: Lors de la production du besson Coca Cola, une bouteille a explosé sur la chaîne de production	Conséquence: 128
Blessures main droite	
Témoins: Nom et Prénom, Qualité, Adresse, Pièce d'identité	
Premier: Jean	
Second: Leon	
Tiers Responsable de l'Accident: Nom, Adresse, Assurance	

PRISE EN CHARGE DES DÉCLARATIONS	
Identification assuré	Accident de travail
Première constatation: Nature des lésions: 100 Blessures	
Siège des lésions: 472 Doigts de la main droite	
Date début incapacité: 19/01/2012	
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	
Prière de rappeler ce numéro pour toute correspondance	
22904972/59	
Dossier	
N° A002000001 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
0316	Certificat de consolidation de lésion
DATE LIMITE	
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.	

PRISE EN CHARGE DES DÉCLARATIONS	
Identification assuré	Accident de travail
Information Assuré: N° Assuré: 22904972/59	
Nom: MAYELE SAH	
Prénom: CHANDEL DELFIN	
Date de naissance: 26/12/1981	
Nom du père: SAMBOU	
Nom de la mère: NGALFOUNDE	
Date immatriculation: 05/12/2011	
Date décès:	
Employé: Employeur: 11051052/30-PLANET 2000	
Emploi occupé: 01	
Date emploi: 10/06/2011	
Éléments de calcul des indemnités journalières: Nombre de jours de préavis: 8	
Dernier mois avant l'accident: 09/2011	
Salaire brut: 73 295	
Salaire soumis à cotisations: 73 295	
Nombre de jours: 26	
Éléments de calcul de la rente: Cumul salaire de 12 derniers mois:	