



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Isère

PAS à PAS NET-ENTREPRISES DAT et QRP

**SERVICE RELATION
ENTREPRISES DE L'ISERE**

**S'INSCRIRE SUR
NET-
ENTREPRISES**

NET-ENTREPRISES·FR
GIP Modernisation des déclarations sociales

Inscription NET-Entreprises

**S'INSCRIRE SUR
NET-
ENTREPRISES**



NET-ENTREPRISES·FR
GIP Modernisation des déclarations sociales

[Cliquez-ici](#)

Ajouter un déclarant

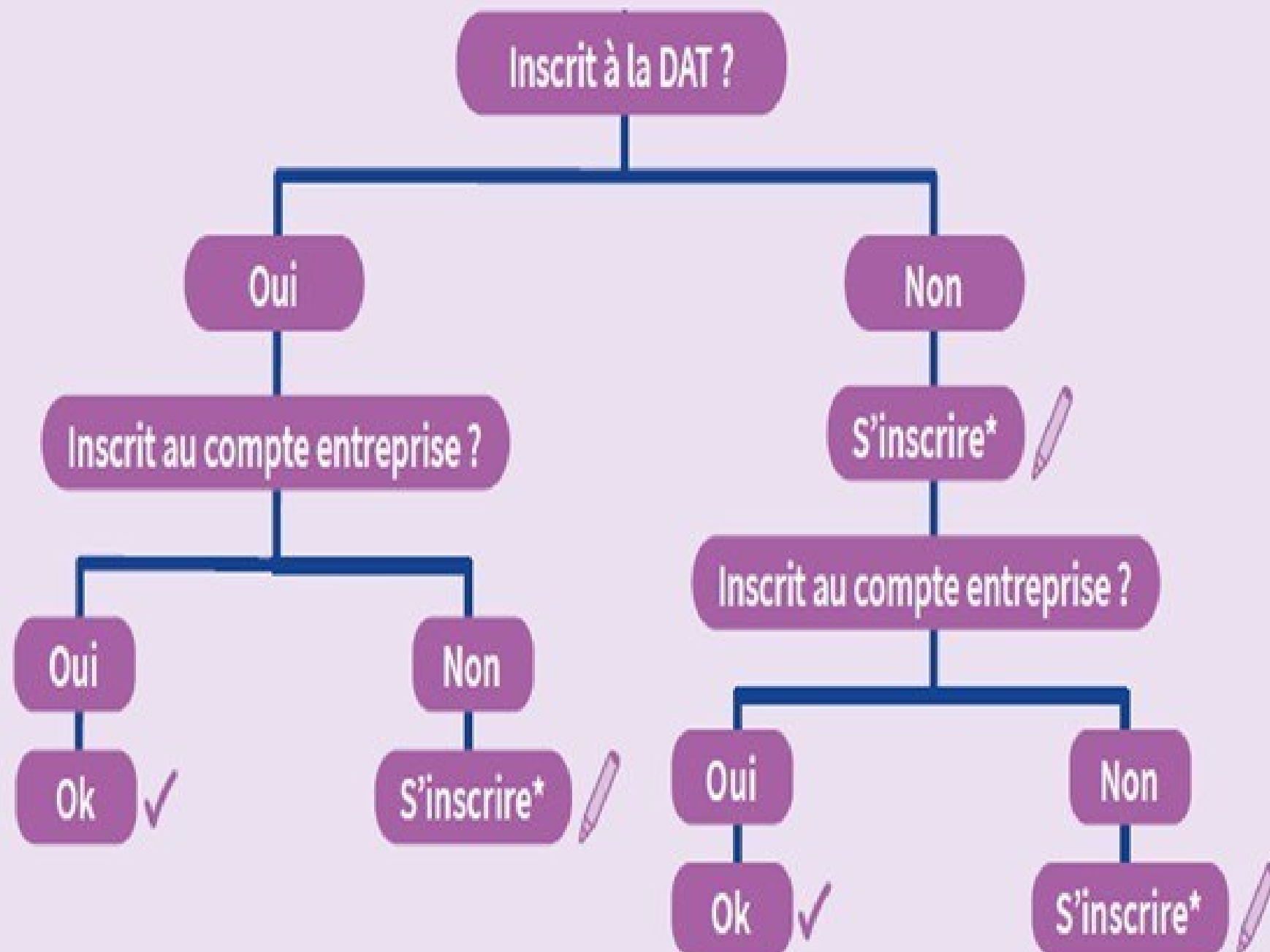


A laptop screen displaying a video player interface. The video content has a dark purple background with orange text and graphics. The text on the screen reads "AJOUTER UN DÉCLARANT" in large, bold, orange letters. Below this, there is a logo for "NET-ENTREPRISES-FR" with the subtitle "GIP Modernisation des déclarations sociales". At the bottom of the video frame, the text "Cliquez-ici" is written in blue, underlined, with a white hand cursor icon pointing to it. The video frame also shows a person's hands typing on a laptop keyboard and a white mug of coffee on a wooden desk.

[Cliquez-ici](#)



Vérifiez vos habilitations



** Vérifiez en tant qu'administrateur net.entreprises.fr vos habilitations DAT et compte entreprise et celles de vos collègues et au besoin modifiez-les. Une fois les inscriptions finalisées, vous accédez aux services sous 1 jour après la fin de votre inscription. Je me connecte sur mon compte entreprise via net-entreprises.fr*

2 - Je suis déclarant net.entreprises.fr

Je contacte l'administrateur net-entreprises.fr de mon établissement pour qu'il m'ajoute le duo d'habilitations DAT et compte entreprise nécessaire.

3 - Je ne suis ni administrateur ni déclarant

Mon entreprise dispose déjà d'habilitations, je contacte mon administrateur.

A défaut, je dois réaliser 3 inscriptions :

1. Net-entreprises.fr
2. Compte entreprise
3. Déclaration accident du travail ou de trajet

Je me connecte sur mon compte entreprise via net-entreprises.fr

Ajouter DAT/QRP

Avoir les habilitations pour la DAT donne automatiquement les accès au QRP

Vos déclarations

Compte Entreprise

Vos démarches maladie et risques professionnels

Assurance Maladie et Risques professionnels pour les entreprises



Saisie du formulaire de déclaration ou dépôt de fichier issu de votre logiciel de paie



Saisie du formulaire de déclaration ou dépôt de fichier issu de votre logiciel de paie/RH

VOTRE ESPACE ENTREPRISE

Gestion 1

Gérer les habilitations DSN (régime général)

Gérer les habilitations DSN (régime agricole)

Gérer les déclarations 2
5 service(s) déclaratif(s) géré(s)

Gérer les déclarants

Gérer les habilitations

Consultation ↓

Demande en attente ↓

VOS SERVICES COMPLEMENTAIRES

Outils de Contrôle ↓

Référentiels ↓

Outils de Paramétrage ↓

Solutions de paiement ↓

Sites partenaires ↓

Ajouter DAT/QRP

NET-ENTREPRISES-FR
GIP Modernisation des déclarations sociales

MOUTIN CLAIRE
Administrateur - Déclarant

PORTAIL OFFICIEL DES DÉCLARATIONS SOCIALES EN LIGNE

🏠 > Gestion > Créer les déclarations

Vous pouvez modifier la sélection des déclarations retenues pour votre entreprise et vos établissements en cliquant sur le lien "Choix des déclarations".
À noter : la prise en compte de vos modifications peut nécessiter un léger temps d'attente pendant lequel nous vous invitons à patienter.

Gestion des déclarations

Nom de l'entreprise : **COMMUNE**

L'entreprise

Entreprise

COMMUNE

Les établissements

Etablissements	Adresse
MAIRIE	
ECOLE PRIMAIRE PUBLIQUE	
ECOL PRIM BOURG 1	
ECOL PRIM BOURG 2	



**Effectuez cette procédure
pour chacun de vos
établissements**

**1. Choisissez votre
établissement
2. Cliquez sur le
pictogramme**

Ajouter DAT /QRP)



IMPORTANT : pour vous inscrire à la DSN (Déclarations Sociale Nominative), rendez-vous sur votre menu personnalisé, onglet "Gestion" puis sélectionnez "Gérer les habilitations DSN pour le régime général et/ou le régime agricole".

Gérer les déclarations

📖 Déclarations de l'entreprise

Sélectionnez les déclarations pouvant être transmises par les déclarants pour le portefeuille en les basculant dans "les déclarations sélectionnées" à l'aide des flèches de navigation ou en effectuant un glissé.

Liste des déclarations disponibles	Liste des déclarations sélectionnées
AE (dépôt) - Attestation d'assurance chômage dépôt	Attest salaire - Attestation de salaire pour le versement des indemnités journalières
AE (insc. EDI) - Inscription d'attestation d'assurance chômage en EDI	DPVI - Déclaration Payer visible
AE (saisie) - Attestation d'assurance chômage formulaire	DCR (ex-DCR) - Déclaration commune des revenus
Auto-entreprise - Déclaration de l'auto-entrepreneur	DPVI - payer visible
C3S - Contribution sociale de solidarités sociales	Compte AT/MP - Votre compte accidents du travail / maladies professionnelles
COTIZEN VIS - COTIZEN visible et blabla libellé long	
CRPCEN - Bordereau de cotisations CRPCEN	
DAT – déclaration d'accident du travail	DAT – déclaration d'accident du travail
DADS-U - Declaration automatisee des donnees sociales unites	
DADS-U CI-BTP - DADS-U pour les caisses Congés intempéries BTP	
DADS-U TDS - DADS-U sans les fichiers IRC/IP	

1

2

3

4

✕ ANNULER

✓ VALIDER

1 Sélectionnez la déclaration souhaitée

2 Cliquez sur la flèche

3 Déclaration sélectionnée

4 Validez l'opération

🏠 > Vos déclarations

Vos déclarations

Compte Entreprise

Vos démarches maladie et risques professionnels

Assurance Maladie et Risques professionnels pour les entreprises



Saisie du formulaire en ligne ou dépôt de fichier issu de votre logiciel de paie



Saisie du formulaire en ligne ou dépôt de fichier issu de votre logiciel de paie/RH

VOTRE TABLEAU DE BORD

DADS-U

VOTRE ESPACE ENTREPRISE

Gestion 1 ↑

Gérer les habilitations DSN (régime général)

Gérer les habilitations DSN (régime agricole)

Gérer les déclarations

Gérer les établissements

Gérer les déclarants

Gérer les habilitations 2 ⓘ

Consultation ↓

VOS SERVICES COMPLEMENTAIRES

Outils de Contrôle ↓

Référentiels ↓

Outils de Paramétrage ↓

Solutions de paiement ↓

Sites partenaires ↓

Gérer les habilitations

Ajout d'habilitations



Administrateur - Déclarant



PORTAIL OFFICIEL DES DÉCLARATIONS SOCIALES EN LIGNE

🏠 > Gestion > Gérer les habilitations

Gérer les habilitations

A l'aide des listes déroulantes sélectionnez les critères de sélection puis cliquez sur "Rechercher".

Siret 1

Administrateur

Déclarants 2

Service 3

ou trouver un NIC :

Etablissement :

Service	Déclarants	Déclarer	Payer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tout (dé)cocher	<input type="checkbox"/> Tout (dé)cocher
AC (dépôt)		<input type="checkbox"/>	
AC (dépôt)		<input checked="" type="checkbox"/>	
AC (insc. EDI)		<input type="checkbox"/>	



Vérifier les informations



Choisir tous les déclarants



Choisir tous les services ou le service concerné



Ajouter ou supprimer une habilitation
Cochez "tout cocher" pour avoir accès à toutes les habilitations



N'oubliez pas de valider en bas de page



La DAT

Déclaration EFI

ENTREPRISE

GIP MDS TEST PROJET - 999 000 805

ÉTABLISSEMENT 999 000 805 00013

Accueil > Déclarer un accident du travail

DÉCLARER UN ACCIDENT DU TRAVAIL



Cliquez-ici

Les obligations de l'employeur

L'employeur est tenu, dès qu'il a connaissance d'un accident, de le déclarer sous 48 heures par tout moyen conférant date certaine à sa réception, hors dimanche et jours fériés, à la caisse primaire d'Assurance Maladie d'affiliation du salarié (CPAM).

Les réserves de l'employeur sur le caractère professionnel de l'accident

L'employeur ne peut refuser de déclarer un accident, même s'il estime qu'il n'a pas de lien avec le travail. Dans ce cas, il peut émettre des réserves motivées sur le caractère professionnel de l'accident, c'est-à-dire contester le fait que l'accident soit survenu par le fait ou à l'occasion du travail. Ces réserves peuvent intervenir soit dès la déclaration, soit dans un délai maximum de 10 jours après l'établissement de la déclaration.

Accueil

Vos salariés ^

Déclarer un accident du travail et ajouter des réserves

Saisir une attestation de salaire et accéder aux bordereaux

Suivre les dossiers d'indemnités journalières

Votre entreprise ^

Accéder au compte AT/MP

Participer à une enquête

Obtenir de l'assistance

Information Entreprise

1/5 - ENTREPRISE

1 Entreprise — 2 Victime — 3 Description de l'accident — 4 Pièces jointes et réserves
Étape optionnelle — 5 Validation

* Champs obligatoires

Établissement de rattachement de la victime

Sélectionnez ici l'établissement de rattachement de la victime.

ENTREPRISE *
GIP MDS TEST PROJET - 999 000 805

ETABLISSEMENT *
999 000 805 00013

1

Si l'établissement pour lequel vous voulez déclarer un accident est absent de la liste, vous devez vous inscrire préalablement pour cet établissement auprès de net-entreprises pour le service DAT. Adressez-vous à votre administrateur (qui vous a remis vos identifiants et mot de passe) pour cette inscription.

Numéro et libellé voie
86 RUE DE LA FEDERATION

Complément d'adresse
.

Code Postal
75015

Ville
PARIS

En cas d'adresse incorrecte veuillez vérifier l'adresse renseignée dans net-entreprises.

Code risque

Saisissez un code risque



Code risque *

2

Adresse de correspondance

La gestion des accidents du travail est-elle faite à une autre adresse que celle de l'établissement de la victime ? Non

Adresse de l'entreprise utilisatrice

Faites vous partie d'une entreprise du secteur de l'intérim ? Non

3

Étape suivante : Informations sur la victime

[Abandonner la déclaration](#)

Contenu

Etablissement de rattachement de la victime

Code risque

Adresse de correspondance

Adresse de l'entreprise utilisatrice

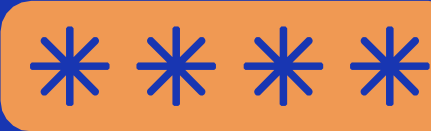
1



Votre SIRET

Selon le type du contrat du salarié

2



Code risque

Le Code risque est indiqué sur la notification du taux AT/MP

3



Valider

Passez à l'étape 2 en validant les informations



Attention votre SIRET doit absolument correspondre à celui de l'établissement employeur

Information Salarié

Accueil > Déclarer un accident du travail > Nouvelle déclaration

2/5 - VICTIME

1 Entreprise — 2 **Victime** — 3 Description de l'accident — 4 Pièces jointes et réserves
Étape optionnelle

* Champs obligatoires

Identité

Numéro de Sécurité sociale * 0 / 15

Nom . Prénom .

Nom d'usage . Date de naissance .

Nationalité * ▼

Adresse

Num appartement, étage, ... 0 / 38


Complément (entrée, immeuble, ... 0 / 38

Voie * 0 / 38

Mention distribution (lieu dit, BP, ...) 0 / 38

Code Postal * ▼ 0 / 5 Commune ou cedex * ▼ 0 / 32

Emploi

Date d'embauche  Format JJ/MM/AAAA

Catégorie de profession * ▼

Profession précise * ▼

Précisez la profession si nécessaire 0 / 35

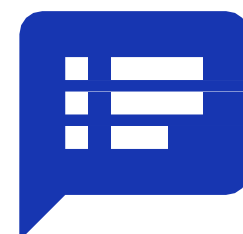
Ancienneté dans le poste * ▼ Nature du contrat * ▼

Qualification professionnelle * ▼

[Donner la déclaration](#) [Retour à l'étape précédente](#) Étape suivante : Description de l'accident (3/5)

Contenu

- Identité
- Adresse
- Emploi



Remplissez les informations concernant la victime

Description de l'accident

Accueil > Déclarer un accident du travail > Nouvelle déclaration

3/5 - DESCRIPTION DE L'ACCIDENT

✓ Entreprise — ✓ Victime — ✓ Description de l'accident — 4 Pièces jointes et réserves Étape optionnelle — 5 Validation

* Champs obligatoires

Date et heure de l'accident

Date de l'accident * 25/04/2024
Format JJ/MM/AAAA

Horaire de l'accident * 14:55

Accident * Constaté Connu

Date * 26/04/2024
Format JJ/MM/AAAA

Horaires de travail de la victime le jour de l'accident

Début de l'horaire de travail * 14:11

Fin de l'horaire de travail * 18:44

Contenu

- Date et heure de l'accident
- Horaires de travail de la victime le jour de l'accident
- Lieu de l'accident
- Circonstances détaillées de l'accident
- Localisation et description des blessures
- Arrêt de travail
- Décès
- Témoins
- Accident causé par un tiers

Lieu de l'accident ⓘ

Lieu de travail habituel

Lieu de travail occasionnel

Lieu du repas

Au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail

Au cours du trajet entre le travail et le lieu du repas

Au cours d'un déplacement pour l'employeur

de l'accident, objets ayant blessé la victime,...).

Activité de la victime lors de l'accident *
.....
6 / 128

Nature de l'accident *
.....
6 / 256

Objet dont le contact a blessé la victime *
.....
10 / 128

Localisation et description des blessures

Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (tête, yeux, cou, épaules, tronc, membres supérieurs, mains, membres inférieurs, genoux, pieds, siège interne) en précisant, s'il y a lieu, droite ou gauche.

Précisez s'il s'agit de contusion, plaie, lumbago, entorse, fracture, brûlure, piqûre, présence d'un corps étranger, lésions multiples ...

Localisation et description des blessures *
.....
4 / 512

Arrêt de travail lié à l'accident

L'accident a-t-il eu pour conséquence un arrêt de travail ?* Non

Accident de travail mortel

L'accident a-t-il entraîné le décès de la victime ? Non

Témoins

Y-a-t-il eu à votre connaissance des témoins de l'accident ?* ⓘ Non

Vous pouvez ajouter jusqu'à quatre témoins.

Accident causé par un tiers

L'accident a-t-il été causé par un tiers ?* ⓘ Non

[Abandonner la déclaration](#) [Retour à l'étape précédente](#) [Étape suivante : Pièces jointes et réserves \(4/5\)](#)

Vous pouvez choisir ici le lieu précis de l'accident

Réserves

■ Étape non obligatoire

Si vous n'avez aucune réserve motivée à émettre, pouvez passer cette étape sans rien remplir et finaliser votre déclaration en validant en bas à droite.

■ Format fichier

Pensez à respecter les formats, le poids du fichier avant de le téléverser.

■ Réserves motivées

Le champ ne doit pas dépasser **128 caractères**, mais une fois la déclaration validée vous pouvez joindre un courrier détaillant vos réserves.

4/5 - PIÈCES JOINTES ET RÉSERVES

✓ Entreprise — ✓ Victime — ✓ Description de l'accident — ✓ Pièces jointes et réserves Étape optionnelle — 5 Validation

Étape optionnelle

Pièces jointes

Si vous souhaitez ajouter des pièces complémentaires, déposez ici vos fichiers (exemple : lettre de réserve, acte de décès, courriers divers, photos...). La taille cumulée des documents doit être inférieure à 5 Mo. Les deux formats acceptés sont PDF et JPEG.



Placez votre fichier ici
Ou
CHOISIR UN FICHIER
Taille max. : 5 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG

Réserves motivées

Si vous souhaitez émettre des réserves sur le caractère professionnel de l'accident, vous pouvez compléter le champ ci-dessous et/ou joindre un document. Cette possibilité reste ouverte pendant 10 jours à compter de la validation de votre demande.



Réserves motivées
0 / 128

Contenu

Pièces jointes
Réserves motivées

[Abandonner la déclaration](#)

[Retour à l'étape précédente](#)

[Étape suivante : Validation \(5/5\)](#)

Validation par signature électronique

Je soussigné(e) Jean Christophe Dupont certifie que les renseignements fournis sont exacts et transmets la présente déclaration à l'Assurance Maladie pour étude. *

Champ obligatoire

Abandonner la déclaration ← Retour à l'étape précédente **Valider et transmettre ma déclaration à l'Assurance Maladie**

L'Assurance Maladie Compte entreprise Vos démarches maladie et risques professionnels Suivez-nous

Un consentement est requis pour valider et transmettre la déclaration Fermer



**Félicitations votre DAT numérique est transmise !
Ne JAMAIS envoyer de copie papier, ni par votre salarié !**

l'Assurance Maladie Compte entreprise Jean Christophe Dupont

Accusé de réception

✓ Votre déclaration d'accident de travail n° 000000000 a bien été transmise à l'Assurance Maladie le 01/01/2022 à 15h45.

Télécharger les documents associés
Vos documents ont été automatiquement téléchargés, vous pouvez les retrouver au format pdf dans votre dossier de téléchargement. Vous pouvez aussi les télécharger manuellement si nécessaire.

A. Certificat de déclaration A. Accusé de réception (ARL) A. Feuille d'accident

En cochant cette case, vous confirmez avoir pris connaissance des documents téléchargés. Une fois cette page fermée, vous ne pourrez plus accéder à ces documents.

Champ obligatoire

Fermer le rapport

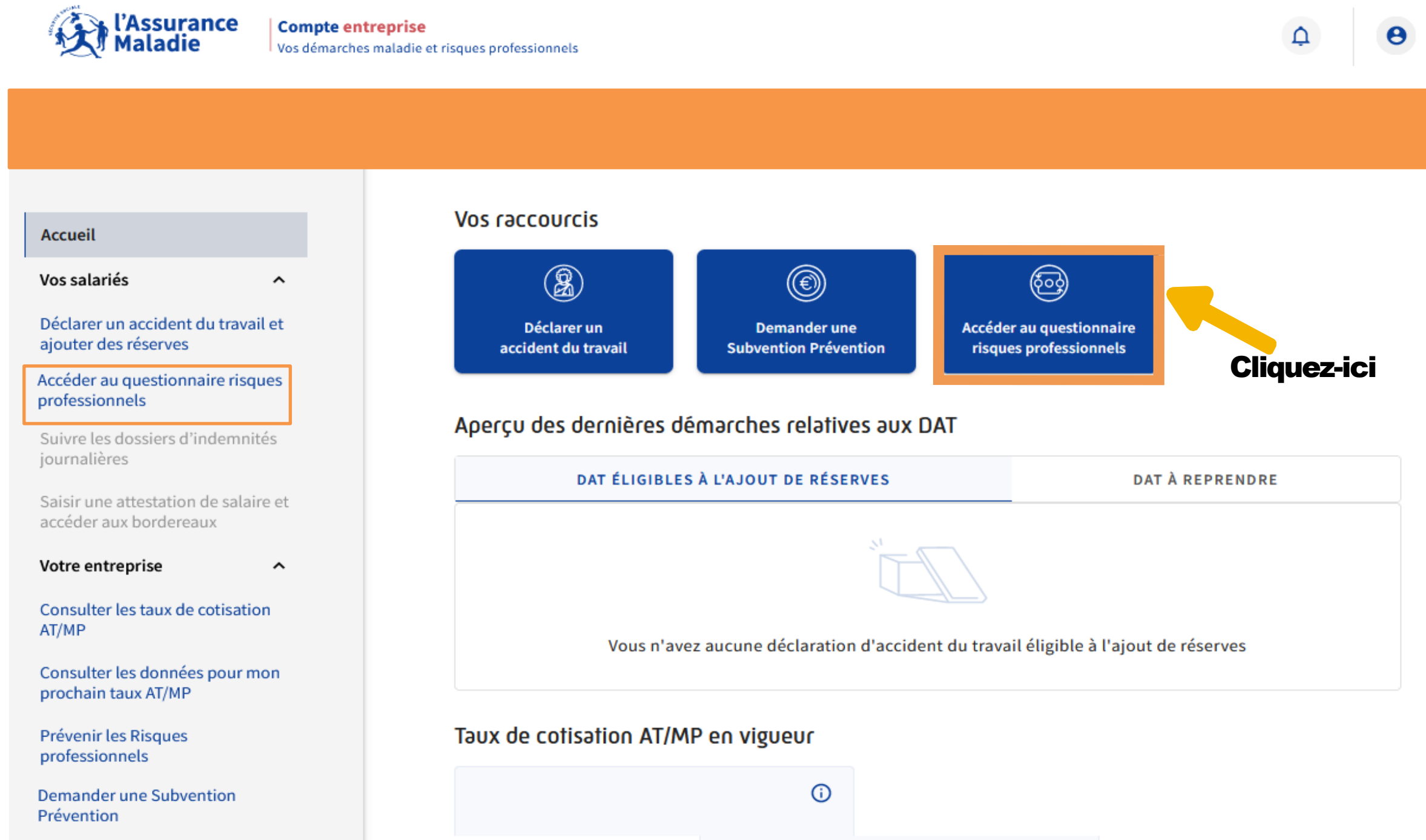
- L'accusé de réception en ligne est**
- Soit téléchargé automatiquement
 - Soit téléchargeable manuellement avant de quitter cette étape



Le QRP

Le QRP dans le Compte Entreprise

Accès par la barre de navigation latérale ou via un bouton en page d'accueil



l'Assurance Maladie | **Compte entreprise**
Vos démarches maladie et risques professionnels

Accueil

Vos salariés ^

Déclarer un accident du travail et ajouter des réserves

Accéder au questionnaire risques professionnels

Suivre les dossiers d'indemnités journalières

Saisir une attestation de salaire et accéder aux bordereaux

Votre entreprise ^

Consulter les taux de cotisation AT/MP

Consulter les données pour mon prochain taux AT/MP


Prévenir les Risques professionnels

Demander une Subvention Prévention

Vos raccourcis

- Déclarer un accident du travail
- Demander une Subvention Prévention
- Accéder au questionnaire risques professionnels** **Cliquez-ici**


Aperçu des dernières démarches relatives aux DAT

DAT ÉLIGIBLES À L'AJOUT DE RÉSERVES	DAT À REPENDRE
 <p>Vous n'avez aucune déclaration d'accident du travail éligible à l'ajout de réserves</p>	



Taux de cotisation AT/MP en vigueur

Le QRP dans le Compte Entreprise

Page d'accueil : liste des dossiers en cours



Compte entreprise
 Vos démarches maladie et risques professionnels

999TO ADM

Accueil > Questionnaire Risques Professionnel

BIENVENUE SUR LE QUESTIONNAIRE RISQUES PROFESSIONNELS

Liste des dossiers à traiter


6 dossiers FILTRES Rechercher par SIRET

Salarié	Etablissement	Date de sinistre	Action à réaliser	Date de l'échéance	Type de dossier		
PETI 2900	Entreprise test 3 999 001	_____	_____	_____	_____		
	ENTRE 999 001	_____	_____	_____	_____		
	Entrep 999 001	4	10/06/2025	Compléter questionnaire	25/11/2025	MP →	
POS 1541	ENTRE 999 001	_____	_____	14/10/2025	Compléter questionnaire	09/12/2025	AT →
ALIB 1510	ENTRE 999 001	_____	_____	01/10/2025	Compléter questionnaire	10/12/2025	AT →
MEN 1741	ENTRE 999 001	_____	_____	01/09/2025	Compléter questionnaire	10/12/2025	AT →
OBS 2010	ENTRE 999 001	_____	_____	14/10/2025	Compléter questionnaire	25/11/2025	MP →
	Entrep 999 001	4	_____	_____	_____	_____	
ALIB 1510	ENTRE 999 001	_____	_____	01/10/2025	Compléter questionnaire	26/11/2025	AT →

Lignes par page : 10 1-6 de 6


Participer à une enquête

Obtenir de l'assistance



Compte entreprise
 Vos démarches maladie et risques professionnels

Suivez-nous



Le QRP dans le Compte Entreprise

Exemple d'un dossier à compléter

Accueil

Vos salariés

Déclarer un accident du travail et ajouter des réserves

Accéder au questionnaire risques professionnels

Saisir une attestation de salaire et accéder aux bordereaux

Suivre les dossiers d'indemnités journalières

Votre entreprise

Consulter les taux de cotisation AT/MP

Consulter les données pour mon prochain taux AT/MP

Prévenir les Risques professionnels

Demander une Subvention Prévention

Accueil > Questionnaire Risques Professionnel > Détails du dossier

DÉTAILS DU DOSSIER

TÉLÉCHARGER LE QUESTIONNAIRE VIERGE

TÉLÉCHARGER ATTESTATION TÉMOIN



Vous pouvez répondre au(x) questionnaire(s) jusqu'au 09/12/2025

Dossier AT

Date de sinistre : 14/10/2025

Numéro de sinistre : 251014759

Date de mise en ligne : 14/10/2025

Salarié

Nom : PO STE

Prénom : YVES

NIR : 1 5

Adresse : Adresse assuré 75018 Paris 18e Arrondissement

Mon action à réaliser

Salarié - Nom, prénom
PO STE, YVES

Siret
999

Statut du questionnaire
Vous êtes à l'étape pièce

RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

Pièces jointes du dossier

3 pièces jointes

Intitulé pièce jointe	Ajouté par	Ajouté le	
Certificat médical initial	Agent	14/10/2025	TÉLÉCHARGER
Déclaration d'accident de travail	Agent	14/10/2025	TÉLÉCHARGER
Réserve employeur	Agent	14/10/2025	TÉLÉCHARGER


Retour

Participer à une enquête

Obtenir de l'assistance

Le QRP dans le Compte Entreprise

Renseignement d'un questionnaire



Compte entreprise
Vos démarches maladie et risques professionnels

TD ADM

Accueil > Questionnaire Risques Professionnel > Détails du dossier > Questionnaire

1/4 - IDENTIFICATION

1 Identification — 2 Accident — 3 Pièce(s) — 4 Récapitulatif

Personne à contacter pour ce dossier

Numéro de téléphone

Email

Service de Santé au Travail ou Médecin du travail

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

Dossier

N° du sinistre : 251014759
Date de déclaration : 14/10/2025

Assuré

Nom : POSTE
Prénom : YVES
NIR : 1 54
Adresse : Adresse assuré 75018 Paris 18e Arrondissement

Employeur

Raison sociale : ENTREPRISE TEST 1
SIRET : 99
Adresse : 1 Rue TEST ENTREPRISE 1 75014 PARIS

Pièces jointes

CMI : Certificat médical initial
[TÉLÉCHARGER](#)

DAT : Déclaration d'accident de travail
[TÉLÉCHARGER](#)

RESERVE : Réserve employeur
[TÉLÉCHARGER](#)

Participer à une enquête


Obtenir de l'assistance

Abandonner la déclaration

Etape suivante : Accident (2 / 4)

Le QRP dans le Compte Entreprise

Renseignement d'un questionnaire

 **l'Assurance Maladie** | **Compte entreprise**
Vos démarches maladie et risques professionnels

TD ADM

Accueil > Questionnaire Risques Professionnel > Détails du dossier > Questionnaire

2/4 - ACCIDENT

1 Identification — 2 **Accident** — 3 Pièce(s) — 4 Récapitulatif

1 Un accident du travail se définit comme un accident survenu, quelle qu'en soit la cause, par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprises (art L.411-1 du code de la Sécurité sociale). Pour déterminer si l'accident cité en référence est un accident du travail, il appartient à la victime d'apporter la preuve des circonstances de l'accident autrement que par ses propres affirmations. Si l'accident a eu lieu pendant le temps de travail et sur le lieu de travail, il est présumé être un accident du travail quelle qu'en soit sa cause.

Afin d'étudier au mieux la réalité des faits, merci de compléter ce questionnaire au plus vite et nous communiquer les attestations sur l'honneur de témoins directs/indirects nécessaires à l'instruction du dossier. Pour être recevables, ces attestations devront être accompagnées de la copie de la pièce d'identité de son auteur. Sans réponse de votre part, nous statuerons avec les éléments présents au dossier.

Quel fait ou événement précis survenu le 14/10/2025 sur le lieu de travail de votre salarié a entraîné sa lésion, telle qu'établie sur le certificat médical initial ?

Votre réponse

0 / 1500

Une ou plusieurs personnes (collègue, responsable, client...) peut/peuvent-elle(s) décrire l'état de santé de votre salarié(e) dans un temps proche avant et/ou après l'accident ? NB : Il peut s'agir de personnes différentes.

S'il y a eu un passage à l'infirmerie ou l'intervention d'un secouriste, merci de nous faire parvenir une copie du registre ou du rapport d'intervention.

Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG

Placez votre fichier ici
Ou

Dossier

N° du sinistre : 251014759
Date de déclaration : 14/10/2025

Assuré

Nom : POSTE
Prénom : YVE S
NIR : 15.
Adresse : Adresse assuré 75018 Paris 18e Arrondissement

Employeur

Raison sociale : ENTREPRISE TEST 1
SIRET : 99.
Adresse : 1 Rue TEST ENTREPRISE 1 75014 PARIS

Pièces jointes

CMI : Certificat médical initial
[TÉLÉCHARGER](#)
DAT : Déclaration d'accident de travail
[TÉLÉCHARGER](#)
RESERVE : Réserve employeur
[TÉLÉCHARGER](#)

Participer à une enquête

Obtenir de l'assistance

Le QRP dans le Compte Entreprise

Renseignement d'un questionnaire



Compte entreprise
Vos démarches maladie et risques professionnels



TD ADM



Accueil > Questionnaire Risques Professionnel > Détails du dossier > Questionnaire

Accueil

Vos salariés

Déclarer un accident du travail et ajouter des réserves

Accéder au questionnaire risques professionnels

Saisir une attestation de salaire et accéder aux bordereaux

Suivre les dossiers d'indemnités journalières

Votre entreprise

Consulter les taux de cotisation AT/MP

Consulter les données pour mon prochain taux AT/MP

Prévenir les Risques professionnels

Demander une Subvention Prévention

Participer à une enquête

Obtenir de l'assistance

3/4 - PIÈCE(S)

Identification

Accident

3 Pièce(s)

4 Récapitulatif

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

Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG



Placez votre fichier ici

Ou

CHOISIR UN FICHER

Autre pièce jointe

Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG



Placez votre fichier ici

Ou

CHOISIR UN FICHER

Autre pièce jointe

Taille max. : 10 Mo. Formats acceptés : PDF, JPG, JPEG, PNG

Dossier

N° du sinistre : 251014759

Date de déclaration : 14/10/2025

Assuré

Nom : POSTE

Prénom : YVES

NIR : 1

Adresse : Adresse assuré 75018 Paris 18e Arrondissement

Employeur

Raison sociale : ENTREPRISE TEST 1

SIRET : 99

Adresse : 1 Rue TEST ENTREPRISE 1 75014 PARIS

Pièces jointes

CMI : Certificat médical initial

[TÉLÉCHARGER](#)

DAT : Déclaration d'accident de travail

[TÉLÉCHARGER](#)

Vous avez des questions ?

<https://www.net-entreprises.fr>

**Un seul numéro
pour nous contacter**

0 806 800 700 Service gratuit
+ prix appel

pour Net-entreprises, DSN, PASRAU
dès le 2 janvier 2024

NET-ENTREPRISES.FR
GIP Modernisation des déclarations sociales



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



36 79



[hotline.employeurs.cnam
@assurance-maladie.fr](mailto:hotline.employeurs.cnam@assurance-maladie.fr)



l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

Isère

Les Chargés de la Relation en Entreprises



04 56 85 52 41



[contact-employeurs.cpam- isere@assurance-maladie.fr](mailto:contact-employeurs.cpam-isere@assurance-maladie.fr)

Le service Reconnaissance des Accidents du travail

[contact_recoat.cpam-isere@assurance- maladie.fr](mailto:contact_recoat.cpam-isere@assurance-maladie.fr)

