



LE QRP

Le QRP, c'est quoi ?

*Questionnaire Risque
Professionnel*

Si vous avez déclaré un accident du travail ou un maladie professionnelle, l'Assurance Maladie peut vous demander un complément d'information au travers d'un « questionnaire risque professionnel ».

Cet envoi n'est pas systématique

Désormais ce questionnaire est disponible en ligne.

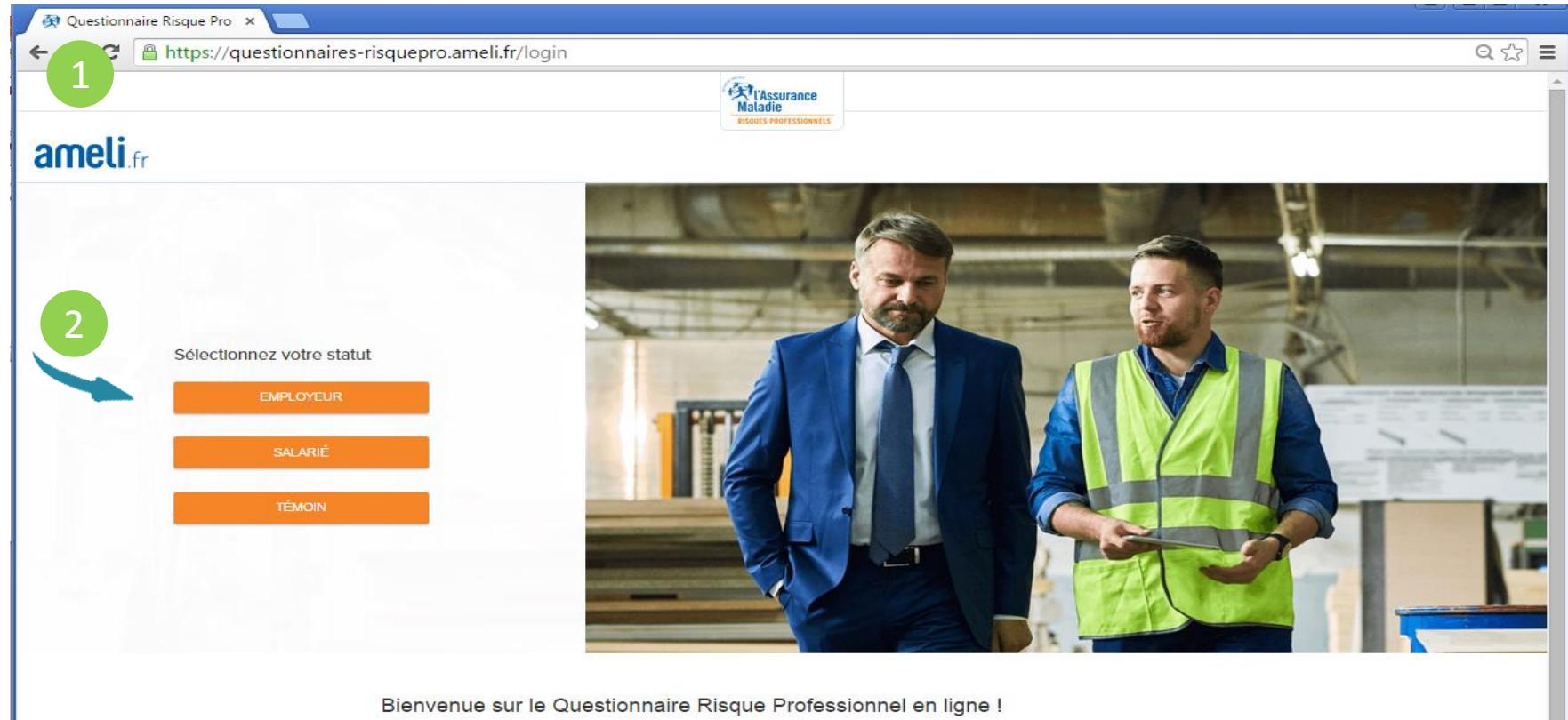
Quels sont les avantages du QRP en ligne ?

Le QRP en ligne vous permet de transmettre à la caisse d'Assurance Maladie de votre salarié, l'ensemble des éléments nécessaires à l'étude de son dossier dans un délai réduit.

Il permet également :

- d'obtenir une aide en ligne au remplissage,
- de remplir ce questionnaire à votre rythme, arrêter et reprendre la saisie simplement,
- d'économiser le coût des envois postaux vers la caisse primaire,
- de joindre tous les documents que vous souhaitez porter à la connaissance des agents spécialisés.

Page d'accueil



1

2

ameli.fr

Questionnaire Risque Pro x

https://questionnaires-risquepro.ameli.fr/login

L'Assurance Maladie RISQUES PROFESSIONNELS

Sélectionnez votre statut

EMPLOYEUR

SALARIÉ

TÉMOIN

Bienvenue sur le Questionnaire Risque Professionnel en ligne !



La page d'accueil est commune aux employeurs et aux assurés.

1. Connectez-vous à l'URL <https://questionnaires-risquepro.ameli.fr>
2. Accédez au questionnaire à compléter en cliquant sur « EMPLOYEUR »

Comment se connecter ?

ameli.fr

Se connecter

Votre adresse email

Mot de passe



➤ Mot de passe oublié ?

RETOUR

CONNEXION

Première connexion ?



Vous vous connectez pour la 1^{ère} fois suite à la réception par voie postale du courrier de l'Assurance Maladie, contenant un mot de passe provisoire vous invitant à créer votre compte pour compléter votre 1^{er} QRP.



Vous avez déjà utilisé le télé-service, vous recevez un email vous notifiant la présence d'un nouveau questionnaire en ligne.

Mot de passe oublié

ameli.fr

Se connecter

Votre adresse email

Mot de passe

[Mot de passe oublié ?](#)

[RETOUR](#) [CONNEXION](#)

Première connexion ?



Vous avez déjà utilisé le télé-service mais vous avez oublié le mot de passe.
En cliquant sur le lien, vous recevez un code de déblocage par email.

Lors de la 1^{ère} connexion

Vous devez vous créer un compte. Pour ce faire, vous devez **valider les CGU** obligatoirement.

Définitions

L'usager : La victime ou l'employeur destinataire d'un questionnaire CPAM dans le cadre d'une instruction AT/MP. Le télé-service : le service proposé permet à l'usager de répondre en ligne au questionnaire qui lui a été adressé en se connectant via le code d'accès qui lui a été adressé préalablement. L'autorité administrative : La Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour le compte des Caisse Primaires d'Assurance Maladie. Caisse : La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) qui gère le dossier de l'usager.

Article 1er : Objet des Conditions Générales d'Utilisation (CGU) du télé service

Les présentes CGU ont pour objet de définir les conditions dans lesquelles les usagers peuvent se connecter au service afin de remplir les questionnaires qui leur ont été adressés par les CPAM. La version publiée sur le télé-service est la version en vigueur.

Les présentes conditions d'utilisation du télé-service s'imposent aux usagers par la voie électronique conformément à l'article L 112-9 du code des relations entre le public et l'administration.

Article 2 : Modalités d'accès au télé-service

Lorsque la CPAM décide de mener une investigation auprès de la victime et de l'employeur, celle-ci envoi un courrier simple dans lequel sera communiqué un code d'accès qui permettra aux usagers de se connecter au télé-service et de remplir le questionnaire. Pour se connecter au télé service, l'usager se connecte sur le site sous le domaine Ameli.fr ou à l'adresse suivante : <https://questionnaires-risquepro.ameli.fr> Cette dernière adresse lui est communiquée par l'assurance maladie en même temps que le code d'accès pour accéder au télé service. Conformément à l'article L 112-9 et aux suivants du code des relations entre le public et entre l'administration et relatifs aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives, la CNAM met en place le présent télé-service, permettant à l'usager de compléter le questionnaire qui lui a été adressé et à la CPAM de disposer des éléments nécessaires à l'instruction du dossier. Si l'usager renseigne une adresse électronique de correspondance, les questionnaires ultérieurs et les éventuelles relances seront adressées directement sur cette adresse. Cette adresse restera modifiable à tout moment et la possibilité de revenir à un mode d'envoi classique propose.

Article 3 : Procédure d'utilisation du service

A la première connexion, l'usager doit fournir le code d'accès qui lui a été transmis. Par la suite, il se crée un compte avec une adresse mail et il utilisera le mot de passe de son choix renseigné dans l'application. Une fois connecté, l'usager aura directement accès à son compte et pourra compléter le ou les questionnaires qui lui ont été adressés. Cet applicatif lui permet de joindre toute pièce complémentaire qui lui paraîtrait utile (photo, vidéos, etc). Lorsque l'usager appuie sur le bouton « terminer », un récapitulatif est disponible et demeure accessible via le site sans limitation de durée, ce dernier contient un Pdf téléchargeable récapitulant les données transmises à la caisse. L'usager est informé que ses données personnelles et de connexion sont utilisées aux fins de réaliser des statistiques destinées à connaître son activité au regard des services. Ces statistiques sont réalisées dans le but notamment de rendre le ou les services plus performants et ne sont pas diffusées à d'autres personnes que les agents de l'autorité administrative. Il appartient à l'employeur de se rapprocher de la CPAM concernée pour les modalités propres au déai d'instruction et à la consultation du dossier.

Article 4 : Convention de preuve

L'envoi et la réception du questionnaire de la part de la CPAM est réputé effectué dès lors que l'usager s'est connecté au télé-service au moyen du code d'accès qui lui a été transmis. S'agissant des entreprises qui ont adoptées une gestion centralisée de leurs accidents du travail/maladies professionnelles (plusieurs SIRET), l'envoi des différents questionnaires est réputé effectué et reçu lorsque l'usager se connecte au télé-service, quel que soit le SIRET d'appartenance de l'usager. Il en va de même lorsque l'entreprise a recours aux services d'un tiers déléguétaire (mandataire, cabinet d'avocats, etc) à travers la mise en place d'une adresse dite de correspondance, quel que soit alors l'entreprise à laquelle appartient l'usager, qu'il s'agisse de l'entreprise concernée ou du tiers déléguétaire. En utilisant le télé-service, l'usager reconnaît que la CPAM a rempli ses obligations légales visées par l'article R 441-11 du code de la Sécurité sociale. Les copies des documents originaux envoyées par l'usager sont considérées par les caisses et par l'usager comme les pièces justificatives faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Elles sont conservées par les caisses comme pièces justificatives et sont susceptibles d'être transférées à la nouvelle caisse gérant votre dossier en cas de changement de lieu d'exercice. Elles sont conservées conformément aux textes régissant leur conservation. Les originaux des pièces téléchargées pourront être réclamés ultérieurement aux fins de vérification par la caisse.

Article 5 : Responsabilités

La CNAM s'engage à prendre toutes les précautions utiles pour préserver la sécurité des données collectées auprès de l'usager et notamment que des tiers non autorisés y aient accès. L'usager est responsable des données déposées à l'occasion du service. Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues au code pénal. La CNAM, pour le compte des caisses, et l'usager conviennent que l'adresse de courriel fournie dans le formulaire par l'usager pourra être utilisée par la caisse gérant le dossier de l'usager pour communiquer avec lui.

Article 6 : Obligation de moyens de la CNAMTS

La CNAM met tout en œuvre pour que le service proposé soit ouvert 24/24 7/7. Néanmoins, le service pourrait être interrompu pour des raisons de service, de maintenance ou pour une raison indépendante de la CNAM. Dans ce cas, une information d'indisponibilité sera réalisée sur l'url du service <https://questionnaires-risquepro.ameli.fr>

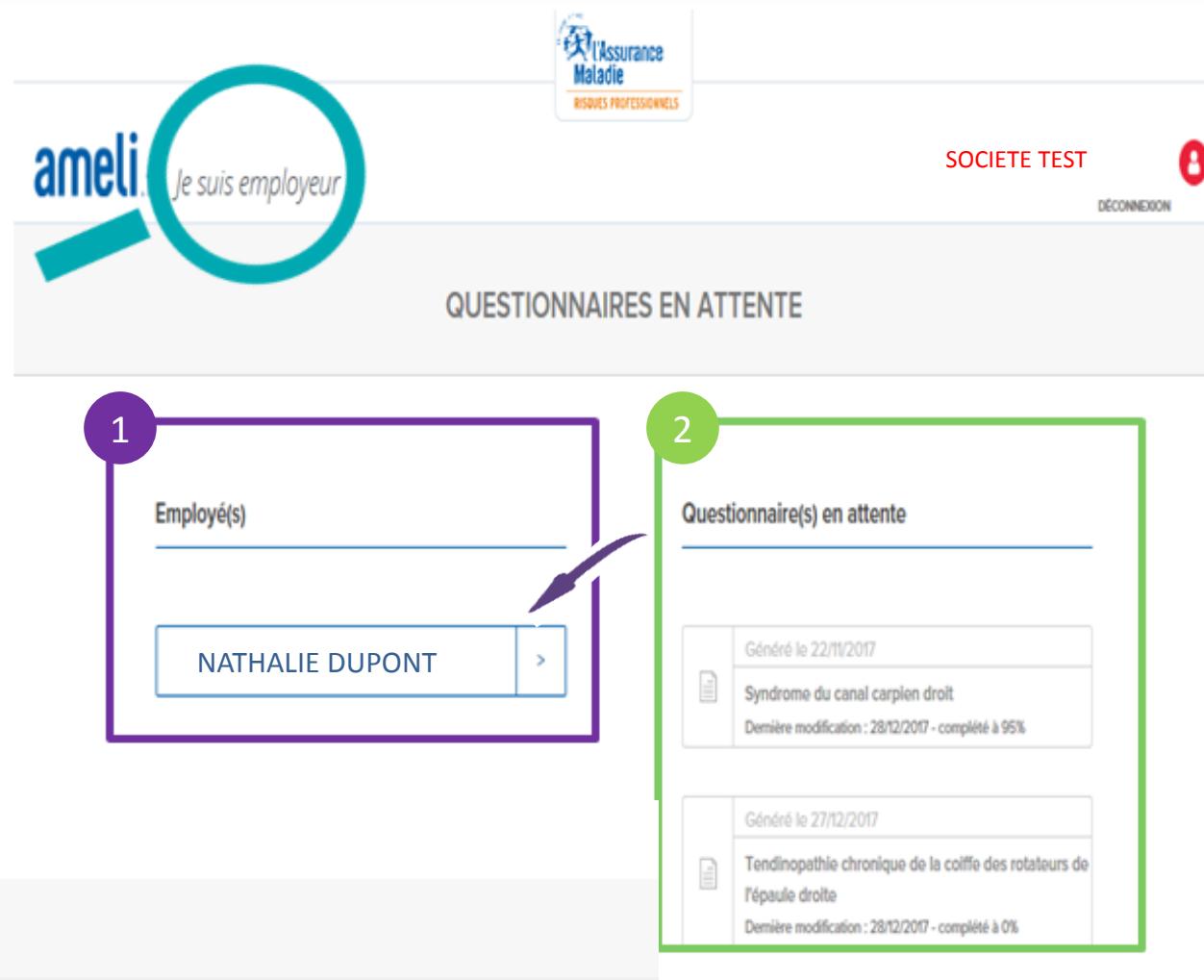
Article 7 : Propriété intellectuelle et obligations CNIL

Le télé-service offert est la propriété de la CNAM. La CNAM garantit aux usagers le droit d'accès et de rectification prévus par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978. L'usager peut demander à exercer ses droits en s'adressant au Directeur de la Caisse gérant son dossier. Le traitement des informations de l'usager a fait l'objet d'une décision de conformité au décret 2015-390 du 3 avril 2015 autorisant les traitements de données à caractère personnel par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions d'affiliation, d'immatriculation, d'instruction des droits aux prestations et de prise en charge des soins, produits et services.

RETOUR

Accepter

Pour accéder au questionnaire de votre salarié



ameli Je suis employeur

L'Assurance Maladie RISQUES PROFESSIONNELS

SOCIETE TEST

DÉCONNEXION

QUESTIONNAIRES EN ATTENTE

1

Employé(s)

NATHALIE DUPONT >

2

Questionnaire(s) en attente

Généré le 22/11/2017
Syndrome du canal carpien droit
Dernière modification : 28/12/2017 - complété à 95%

Généré le 27/12/2017
Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite
Dernière modification : 28/12/2017 - complété à 0%

3

1

Vous pouvez **visualiser** tous les questionnaires en attente de vos salariés grâce au tableau déroulant.

2

Vous pouvez **accéder** à tous les questionnaires en attente de votre salarié sélectionné.

3

Vous pouvez **valider** l'ensemble de la saisie, tout au long du questionnaire en cliquant sur « **suivant** ».

ETAPE 1 : IDENTIFICATION

1

IDENTIFICATION

DESCRIPTION (1/2)

DESCRIPTION (2/2)

PATHOLOGIE

RÉCAPITULATIF

complété à 95%

Informations sur l'entreprise

SOCIETE TEST

Nom de l'entreprise ou de l'employeur *

AV 85

?

Adresse *

5 chemin de la rose

Complément

Code postal *

85000

Ville *

SOCIETETEST@gmail.com

Email *

Av85.contact@gmail.com

Stret *

78644802700031

Branche d'activité *

Extraction d'hydrocarbures

Informations sur le médecin du travail

Nom *

Jean GUERITOUT

?

Email

docteur@gmail.com

Adresse postale

5 avenue du Marechal Foch

Complément

entrée, tour, bâtiment, immeuble, résidence

Informations sur le salarié

Nom de jeune fille

DUPONT

Nom

DESMAUX

Prénom

Nathalie

Numéro de sécurité sociale

313333333

Adresse

1 rue de la mairie

Complément

Code postal

85000

Ville

LA ROCHE SUR YON

Non modifiable

Les champs grisés ne sont pas modifiables.

ETAPE 2 : DESCRIPTION (1/2)

2

IDENTIFICATION

DESCRIPTION (1/2)

DESCRIPTION (2/2)

PATHOLOGIE

RÉCAPITULATIF

complété à 30%

Votre métier

Emploi exercé dans l'entreprise *

Absences

Absences au cours des 12 derniers mois précédant le dernier jour de travail.

Absence 1 (SUPPRIMER)

Du

au

Motif de cessation (congés, RTT, ...)

CLIQUEZ ICI POUR AJOUTER UNE NOUVELLE

La jauge de complétude indique ce qui reste à compléter et atteindra 100% à la fin du questionnaire.

Toujours en poste?

Oui Non

Date du dernier jour de travail *

Ancienneté dans l'entreprise *

 au

Nature de votre contrat de travail *

 CDI

Organisation du travail

Durée journalière de travail *

 8 heures

Durée hebdomadaire de travail *

 40 heures

- Si la demande concerne le poignet, le coude, l'épaule, le genou, la cheville ou le pied, de l'audition, une hémopathie: Indiquer toutes les absences supérieures à 30 jours consécutifs (y compris congés légaux) dans les 12 derniers mois précédant la date du certificat médical initial.
- Si la demande concerne une autre pathologie, indiquer les absences de plus d'un mois consécutif (hors congés légaux) durant les années de contrat de travail
- Si vous possédez un planning de présence, vous pouvez le joindre sans indiquer d'absence.

Le bouton permet d'obtenir de l'aide

ETAPE 3 : DESCRIPTION (2/2)

3

IDENTIFICATION DESCRIPTION (1/2) **DESCRIPTION (2/2)** PATHOLOGIE RÉCAPITULATIF Complété à 95%

Chronologie des postes occupés dans l'entreprise

Poste 1 *

Du au

Si je veux ajouter un poste, je clique ici...

CLIQUEZ ICI POUR AJOUTER UN POSTE

Généralité sur le dernier poste occupé

Quel est l'intitulé du ou des postes actuels ? *

Quel est l'objet produit ou le service rendu ?

Description de poste de votre salarié *

Détaillez le plus précisément possible les travaux (les tâches) réalisés sur la journée de travail, la cadence, etc... (1500 Caractères maximum)

1/ désosseur : brêchets fourchette, manchons, cuisses
2/ découpe canards gras : magrets, cuisses, manchons
3/
- Brêchets fourchettes : je maintiens le canard avec ma main gauche. Avec mon couteau à la main droite, je coupe le long de la fourchette en donnant une rotation

Environnement et conditions de travail

Le travail expose t'il l'assuré(e) au froid inférieur à 10° ? *

Jamais Occasionnel La majorité du temps

Le travail expose t'il l'assuré(e) à l'humidité ? *

Jamais Occasionnel La majorité du temps

Le travail expose t'il l'assuré(e) au bruit ? *

Jamais Occasionnel La majorité du temps

Le travail expose t'il l'assuré(e) à la chaleur ? *

Jamais Occasionnel La majorité du temps

Le travail expose t'il à des conditions d'éclairage particulières ? *

Jamais Occasionnel La majorité du temps



**A tout moment,
vous pouvez
arrêter votre
saisie et
reprendre plus
tard.**

**« Besoin d'aide »
renvoie sur la
plateforme
téléphonique
36.79**

**Cliquez sur
« SUIVANT » pour
valider la saisie**

suivant pour



SUIVANT

ETAPE 4 : PATHOLOGIE

4

IDENTIFICATION DESCRIPTION (1/2) DESCRIPTION (2/2) PATHOLOGIE RÉCAPITULATIF

complété à 95%



Vous pouvez joindre tout document jugé nécessaire pour justifier de vos réponses (photo, vidéo, etc.)

Formats acceptés: *pdf, png, jpg, jpeg, mp4, mpeg*
Taille maximale: *10MB*

AJOUTER UN DOCUMENT

aucun document ajouté



Les images sont animées.

Possibilité d' AJOUTER UN DOCUMENT

Décrivez brièvement les situations de travail amenant vos salariés à se trouver dans cette position *

Temps journalier moyen *

Moins d'une heure Entre 1h et 3h

Nombre de jour par semaine (en moyenne) *

Moins d'un jour Entre 1 et 3 jours **Plus**

Des gants sont-ils portés ? *

Oui Non

Si oui, lesquels ? *

Utilise-t-il des outils vibrants ? *

Oui Non

Si oui, lesquels ? *



Besoin d'aide?

ETAPE 5 : RECAPITULATIF

5

IDENTIFICATION DESCRIPTION (V2) DESCRIPTION (P2) PATHOLOGIE RECAPITULATIF complété à 95%

Informations sur l'entreprise

SOCIETE TEST

Nom de l'entreprise : AV 85
Adresse : 1 place de la mairie
SOCIETETEST@gmail.com
Code postal : 85000
Ville : LA ROCHE SUR YON
Email : Av85.contact@gmail.com
Siret : 78644802700031
Branche d'activité : Extraction d'hydrocarbures

Informations sur le médecin du travail

GUERITOUT
Docteurqueritout@gmail.com
5 rue du port
85000
La Roche-sur-Yon

Par exemple: Travaux comportant des mouvements ou postures avec le bras décollé du corps d'au moins 90°, sans soutien [ex: travaux en hauteur...]



Temps journalier moyen bras décollé du reste du corps
Entre 1h et 2h
Nombre de jour par semaine comportant des activités avec le bras décollé du corps (moyenne)
Entre 1 et 3 jours
Décrivez brièvement les situations de travail amenant cette position
prise et peser des ingrédients/division des plats

Fichiers joints en rapports avec le mouvement exercé par l'employé :

Informations sur le salarié

DUPONT

Nom de jeune fille : DESMAUX
Nom : Nathalie
Prénom : Nathalie
Numéro de sécurité sociale : 133333385100184
Adresse : 1 rue de la mairie
Code postal : 85000
Ville : LA ROCHE SUR YON
Téléphone :
Email :

Absences au cours des 12 derniers mois précédant le dernier jour de travail

Absence 1 :
Du 01/07/2016 au 31/07/2016
Motif : congés payés
Absence 2 :
Travail en autonomie ?
Occasionnel



Vérifiez les données saisies avant l'envoi vers la CPAM



N'oubliez pas de valider !

VALIDER

Pensez à valider le questionnaire

Organisation du travail

Durée moyenne réalisée journalière du travail : 7 heures
Durée hebdomadaire de travail : 35 heures
Nombre de jours d'activité par semaine : 5 jours

Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite

Date CM : 18/12/2017

Par exemple: Travaux comportant des mouvements ou postures avec le bras décollé du corps d'au moins 60°, sans soutien (ex: chaîne de fabrication, caisse, travaux sur établi..)

Temps journalier moyen bras décollé du reste du corps
Entre 1h et 2h

Nombre de jour par semaine comportant des activités avec le bras décollé du corps (moyenne)
Entre 1 et 3 jours

Décrivez brièvement les situations de travail amenant cette position
peler des ingrédients/division des pilons



Par exemple: Travaux comportant des mouvements ou postures avec le bras décollé du corps d'au moins 90°, sans soutien (ex: travaux en hauteur..)

Temps journalier moyen bras décollé du reste du corps
Entre 1h et 2h

Nombre de jour par semaine comportant des activités avec le bras décollé du corps (moyenne)
Entre 1 et 3 jours

Décrivez brièvement les situations de travail amenant cette position
prise et peser des ingrédients/division des pilons



Validation questionnaire

Voulez-vous valider ce questionnaire ?

VALIDER

Le travail expose-t-il l'assuré(e) au froid intérieur à 10° ?
Occasional

Le travail expose-t-il l'assuré(e) à l'humidité ?
Occasional

Le travail expose-t-il l'assuré(e) au brut ?
Occasional

Le travail expose-t-il l'assuré(e) à la chaleur ?
Occasional

Le travail expose-t-il l'assuré(e) à des conditions d'éclairage particulières ?
Occasional

Travail en autonomie ?
Occasional

La fenêtre pop-up s'affiche.
Il reste à valider le questionnaire.

ASSURÉE SOCIALE
L'Assurance Maladie
LILLE - DOUAI

Possibilité de télécharger le questionnaire

Votre questionnaire a bien été validé

IDENTIFICATION

DESCRIPTION (1/2)

DESCRIPTION (2/2)

5

PATHOLOGIE

RÉCAPITULATIF

complété à 100%

Je peux télécharger le questionnaire
ici...

TELECHARGER QUESTIONNAIRE

informations sur l'entreprise

Nom de l'entreprise :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Email :

Siret :

Branche d'activité :

AV 85

5 chemin de la rose

85000

LA ROCHE SUR YON

Av85.contact@gmail.com

78644802700031

Extraction d'hydrocarbures

Informations sur le médecin du travail

Nom :

Email :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Numéro de téléphone :

docteur Ilona

docteurilona@hotmail.fr

5 rue du port

85100

LES SABLES D OLONNE

Métier de votre salarié

Métier exercé dans l'entreprise :

agent de production

Date du dernier jour de travail :

24/01/2018

Période de travail :

A partir du 01/02/2002

Nature du contrat :

INTERIMAIRE

Conditions particulières d'emploi



Informations sur le salarié

Nom de jeune fille :

Nom :

Prénom :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

DESMAUX

Nathalie

13333338510084

1 rue de la mairie

85000

LA ROCHE SUR YON

Absences au cours des 12 derniers mois précédant le dernier jour de travail

Absence 1 :

Du 01/07/2016 au 31/07/2016

Motif : congés payés

Absence 2 :

Du 15/12/2016 au 30/12/2016

Motif : congés payés

Absence 3 :

Du 15/09/2016 au 12/10/2016

Motif : arrêt maladie

Chronologie des postes occupés

Poste 1 :

Du 01/02/2002 au 31/12/2017

La jauge de
complétude
atteint 100%.
Le questionnaire
est complet

Transmission du questionnaire à la CPAM

QUESTIONNAIRES EN ATTENTE

Employé(s)

NATHALIE DUPONT

Questionnaire(s) en attente

	Généré le 22/11/2017 Syndrome du canal carpien droit. Dernière modification : 28/12/2017 - complété à 100%
	Généré le 27/12/2017 Tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Dernière modification : 28/12/2017 - complété à 0%

▶ SUIVANT

Besoin d'aide?