



Centre de gestion
de la fonction publique
territoriale de la Charente

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

- Le remboursement des soins est à demander dans les 90 jours qui suivent la réalisation des actes.
 - Le tiers-payant étant subordonné à l'utilisation de l'attestation de prise en charge, tout titre de paiement doit être accompagné d'un volet original de cette liasse.
 - Le tiers-payant est un service mis à disposition de l'employeur par l'assureur pendant la période d'effet du contrat les liant. À ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
 - L'agent ne doit pas transmettre sa carte VITALE au praticien et ne doit rien envoyer à la Sécurité sociale. Cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par l'employeur. Votre Centre de Gestion se subroge à celui-ci dans le traitement administratif du remboursement des soins (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. L'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis du médecin conseil.
 - SEULS LES SOINS IMPUTABLES À L'ACCIDENT DE SERVICE, TRAJET OU MALADIE PROFESSIONNELLE SERONT PRIS EN CHARGE.
- Cette attestation de prise en charge ne devra pas être utilisée en cas d'accident de « vie privée ».

Je soussigné(e) Mme, M. :

Fonction :

Employeur :

Atteste que, en date du/...../.....

Mme, M. : Prénom :

a été victime d'un accident de service, trajet ou maladie professionnelle, sous réserve de la reconnaissance de l'imputabilité par l'autorité administrative.

En sa qualité de **titulaire/stagiaire affilié à la CNRACL**, il est soumis à la législation particulière concernant la **Fonction publique territoriale** sur les accidents de service, trajet ou maladie professionnelle. Les frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge par le Centre de Gestion.

La partie « **Relevé des honoraires médicaux** » est à adresser à **Relyens sous un délai de 90 jours** à compter de la date du premier acte à l'adresse suivante : **Relyens - CS 80006 - 18020 Bourges Cedex**.

Rappel important : Le signataire attestant ces renseignements est passible, en cas de fausse déclaration, de sanctions disciplinaires et/ou pénales en application de l'article 29 du titre I du statut général de la Fonction publique et des articles L. 441-7, L. 313-1 et 313-3 du Code pénal.

Fait à :

Signature et cachet de l'employeur

Le :



PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Le présent formulaire permet la mise en œuvre du tiers payant pour le remboursement de soins dispensés à un agent et imputables à un accident de service, de trajet ou à une maladie professionnelle.

L'assureur couvrant les risques statutaires de la collectivité employeur, est responsable au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016) de traitements de données à caractère personnel vous concernant :

- en votre qualité d'interlocuteur de la collectivité employeur,
- en votre qualité d'agent (victime d'un accident de service, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle),
- en votre qualité de praticien ayant réalisé un acte médical (lié à l'accident de service, de trajet ou à une maladie professionnelle d'un agent dont l'employeur a souscrit un contrat d'assurance statutaire).

Selon l'assureur en question, Relyens SPS, courtier délégataire, est également amené à intervenir, soit en qualité de responsable de traitement (autonome ou conjointement avec l'assureur), soit en qualité de sous-traitant.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité principale la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance statutaire souscrit par la collectivité/le CDG, et pour sous-finalité la gestion des sinistres et du tiers payant.

La licéité de ces traitements repose sur :

- l'exécution du contrat s'agissant des traitements portant sur les données personnelles des interlocuteurs de la collectivité et des agents ;
- l'intérêt légitime du/des responsable(s) de traitement pour ceux portant sur les données personnelles des praticiens, les traitements mis en œuvre étant nécessaires à l'exécution du marché/contrat attribué par le CDG ou la collectivité employeur à l'assureur et Relyens SPS.
- l'exception prévue à l'article 9 §2 b) du RGPD (contrat d'assurance relevant du champ de la protection sociale), s'agissant des données de santé relatives aux agents.

Les catégories de données collectées et traitées dans le cadre de la gestion du tiers payant sont les suivantes :

- pour les données relatives à l'interlocuteur au sein de la collectivité employeur : coordonnées professionnelles et fonction au sein de la collectivité,
- pour les données relatives à l'agent : état civil, situation professionnelle, ainsi que données particulières au sens du RGPD (données de santé),
- pour les données relatives au praticien : identité ou interlocuteur si personne morale, coordonnées professionnelles et RIB.

Ces données personnelles sont collectées directement auprès de la personne concernée (interlocuteur au sein de la collectivité, praticien), mais également indirectement (données relatives aux agents transmises par l'employeur).

Elles sont destinées :

- aux collaborateurs habilités de Relyens SPS en charge de la gestion du tiers payant ;
- à la collectivité employeur, et le cas échéant au CDG ;

ainsi que, et uniquement pour les données qui les concernent :

- aux services / équipes de Relyens SPS en charge des Flux économiques et financiers et comptabilité ;
- aux services / équipes en charge de la relation clients ;
- aux sous-traitants ou prestataires impliqués dans la mise en œuvre du traitement.

Le renseignement des rubriques vous concernant (interlocuteur collectivité, agent, praticien) est obligatoire ; à défaut Relyens SPS pourrait être dans l'impossibilité de répondre à la demande de tiers payant ou le temps de traitement pourrait être retardé.

Vos données sont conservées pendant la durée nécessaire au traitement et à la clôture du dossier sinistre de l'agent, augmentée de la durée des prescriptions légales.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès.

Sous certaines conditions, vous disposez également du droit de vous opposer au traitement et du droit à la portabilité de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter par courrier électronique le Délégué à la Protection des données (DPO) de Relyens SPS : privacy.sps@relyens.eu ou par courrier postal à : Relyens SPS, à l'attention du DPO, CS 80006 – 18020 Bourges cedex. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé.

Si vous estimez, après avoir contacté le DPO, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



Centre de gestion
de la fonction publique
territoriale de la Charente

À nous retourner à l'adresse suivante :

Relyens

CS 80006 - 18020 Bourges cedex

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

- **Le remboursement des soins est à demander dans les 90 jours qui suivent la réalisation des actes.**
- Le tiers-payant étant subordonné à l'utilisation de l'attestation de prise en charge, tout titre de paiement doit être accompagné d'un volet original de cette liasse.
- Le tiers-payant est un service mis à disposition de l'employeur par l'assureur pendant la période d'effet du contrat les liant. À ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
- **L'agent ne doit pas transmettre sa carte VITALE au praticien et ne doit rien envoyer à la Sécurité sociale. Cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par l'employeur.** Votre Centre de Gestion se subroge à celui-ci dans le traitement administratif du remboursement des soins (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. L'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis du médecin conseil.
- **SEULS LES SOINS IMPUTABLES À L'ACCIDENT DE SERVICE, TRAJET OU MALADIE PROFESSIONNELLE SERONT PRIS EN CHARGE.**

À compléter par l'employeur

Merci de vérifier que les informations soient bien transcrites sur l'ensemble du feuillet

☐ Accident de service ☐ Accident de trajet ☐ Maladie professionnelle

Survenu le : à h

Siège des lésions : Latéralité de la blessure : ☐ Droite ☐ Gauche

Agent accidenté

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

N° de Sécurité sociale :

Désignation et adresse de l'employeur :

À compléter par le praticien

JOINDRE VOTRE RIB au format BIC IBAN pour permettre le règlement de la prestation si non transmis
Transmettre les originaux des ordonnances, prescriptions (pharmacies, kinésithérapies, radiologies, examens biologiques...)

E-mail : pour envoi du justificatif de règlement

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte + codification	Part assuré(e) réglée		Montant(s) en Euros
			oui	non	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	

Le praticien soussigné s'engage à porter exclusivement dans le tableau les actes médicaux liés à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle survenu à l'agent, mentionné ci-dessus, sous peine des risques encourus en cas de faux ou usage de faux (article L. 441-7 du Code pénal) en cas d'escroquerie ou de tentative d'escroquerie (articles L. 313-1 et L. 313-3 du Code pénal).
Le montant global de ces honoraires s'élève à :

€

Fait à :

Le :

Signature et cachet du praticien

N° Siret/Adéli :



Centre de gestion
de la fonction publique
territoriale de la Charente

À nous retourner à l'adresse suivante :

Relyens

CS 80006 - 18020 Bourges cedex

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

- **Le remboursement des soins est à demander dans les 90 jours qui suivent la réalisation des actes.**
- Le tiers-payant étant subordonné à l'utilisation de l'attestation de prise en charge, tout titre de paiement doit être accompagné d'un volet original de cette liasse.
- Le tiers-payant est un service mis à disposition de l'employeur par l'assureur pendant la période d'effet du contrat les liant. À ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
- **L'agent ne doit pas transmettre sa carte VITALE au praticien et ne doit rien envoyer à la Sécurité sociale. Cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par l'employeur.** Votre Centre de Gestion se subroge à celui-ci dans le traitement administratif du remboursement des soins (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. L'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis du médecin conseil.
- **SEULS LES SOINS IMPUTABLES À L'ACCIDENT DE SERVICE, TRAJET OU MALADIE PROFESSIONNELLE SERONT PRIS EN CHARGE.**

À compléter par l'employeur

Merci de vérifier que les informations soient bien transcrites sur l'ensemble du feuillet

☐ Accident de service ☐ Accident de trajet ☐ Maladie professionnelle

Survenu le : à h

Siège des lésions : Latéralité de la blessure : ☐ Droite ☐ Gauche

Agent accidenté

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

N° de Sécurité sociale :

Désignation et adresse de l'employeur :

À compléter par le praticien

JOINDRE VOTRE RIB au format BIC IBAN pour permettre le règlement de la prestation si non transmis
Transmettre les originaux des ordonnances, prescriptions (pharmacies, kinésithérapies, radiologies, examens biologiques...)

E-mail : pour envoi du justificatif de règlement

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte + codification	Part assuré(e) réglée		Montant(s) en Euros
			oui	non	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
Le praticien soussigné s'engage à porter exclusivement dans le tableau les actes médicaux liés à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle survenu à l'agent, mentionné ci-dessus, sous peine des risques encourus en cas de faux ou usage de faux (article L. 441-7 du Code pénal) en cas d'escroquerie ou de tentative d'escroquerie (articles L. 313-1 et L. 313-3 du Code pénal). Le montant global de ces honoraires s'élève à :					€

Fait à :

Le :

Signature et cachet du praticien

N° Siret/Adéli :



Centre de gestion
de la fonction publique
territoriale de la Charente

À nous retourner à l'adresse suivante :

Relyens

CS 80006 - 18020 Bourges cedex

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

- **Le remboursement des soins est à demander dans les 90 jours qui suivent la réalisation des actes.**
- Le tiers-payant étant subordonné à l'utilisation de l'attestation de prise en charge, tout titre de paiement doit être accompagné d'un volet original de cette liasse.
- Le tiers-payant est un service mis à disposition de l'employeur par l'assureur pendant la période d'effet du contrat les liant. À ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
- **L'agent ne doit pas transmettre sa carte VITALE au praticien et ne doit rien envoyer à la Sécurité sociale. Cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par l'employeur.** Votre Centre de Gestion se subroge à celui-ci dans le traitement administratif du remboursement des soins (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. L'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis du médecin conseil.
- **SEULS LES SOINS IMPUTABLES À L'ACCIDENT DE SERVICE, TRAJET OU MALADIE PROFESSIONNELLE SERONT PRIS EN CHARGE.**

À compléter par l'employeur

Merci de vérifier que les informations soient bien transcrites sur l'ensemble du feuillet

☐ Accident de service ☐ Accident de trajet ☐ Maladie professionnelle

Survenu le : à h

Siège des lésions : Latéralité de la blessure : ☐ Droite ☐ Gauche

Agent accidenté

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

N° de Sécurité sociale :

Désignation et adresse de l'employeur :

À compléter par le praticien

JOINDRE VOTRE RIB au format BIC IBAN pour permettre le règlement de la prestation si non transmis
Transmettre les originaux des ordonnances, prescriptions (pharmacies, kinésithérapies, radiologies, examens biologiques...)

E-mail : pour envoi du justificatif de règlement

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte + codification	Part assuré(e) réglée		Montant(s) en Euros
			oui	non	
.....			☐	☐	
.....			☐	☐	
.....			☐	☐	
.....			☐	☐	
.....			☐	☐	

Le praticien soussigné s'engage à porter exclusivement dans le tableau les actes médicaux liés à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle survenu à l'agent, mentionné ci-dessus, sous peine des risques encourus en cas de faux ou usage de faux (article L. 441-7 du Code pénal) en cas d'escroquerie ou de tentative d'escroquerie (articles L. 313-1 et L. 313-3 du Code pénal).
Le montant global de ces honoraires s'élève à :

€

Fait à :

Le :

Signature et cachet du praticien

N° Siret/Adéli :

