



Centre de gestion
de la fonction publique
territoriale de la Charente

Centre de Gestion de la Charente
30, rue Denis Papin
CS 12213 - 16022 Angoulême cedex
Tél. : 05 45 69 70 02
Fax. : 05 45 95 35 89
E.mail : cdg16@cdg16.fr

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

- **LE REMBOURSEMENT DES SOINS DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE DEMANDÉ 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.
 - **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 la collectivité employeur.** Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité 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 de son 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".**

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

Je soussigné(e) Mlle, Mme, M. :

Fonction :

Collectivité employeur :

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

Mlle, Mme, M. : Prénom :

agent employé par notre collectivité 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 service liquidateur.

La partie "**Relevé des honoraires du praticien**" doit être adressée à **votre centre de gestion** sous un délai maximum de 90 jours à compter de la date du premier acte.

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 la collectivité employeur

Le :



Centre de gestion
de la fonction publique
territoriale de la Charente

Centre de Gestion de la Charente
30, rue Denis Papin
CS 12213 - 16022 Angoulême cedex
Tél. : 05 45 69 70 02
Fax. : 05 45 95 35 89
E.mail : cdg16@cdg16.fr

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

- **LE REMBOURSEMENT DES SOINS DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE DEMANDÉ 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.
 - **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 la collectivité employeur.** Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité 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 de son 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".**

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

Je soussigné(e) Mlle, Mme, M. :

Fonction :

Collectivité employeur :

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

Mlle, Mme, M. : Prénom :

agent employé par notre collectivité 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 service liquidateur.

La partie "**Relevé des honoraires du praticien**" doit être adressée à **votre centre de gestion** sous un délai maximum de 90 jours à compter de la date du premier acte.

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 la collectivité employeur

Le :

À remplir par le praticien et à nous retourner à l'adresse ci-après
sous 90 jours après chaque acte



Centre de gestion
de la fonction publique
territoriale de la Charente

Centre de Gestion de la Charente
30, rue Denis Papin
CS 12213 - 16022 Angoulême cedex
Tél. : 05 45 69 70 02
Fax. : 05 45 95 35 89
E.mail : cdg16@cdg16.fr

RELEVÉ DES HONORAIRES DU PRATICIEN

- **LE REMBOURSEMENT DES SOINS DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE DEMANDÉ 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 du volet original de cette liasse.
- **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 la collectivité employeur.** Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité 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 de son médecin conseil.
- Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité

Accident de service, trajet ou maladie professionnelle

Survenu le : à h

Déclaré le : Siège des lésions :

Agent accidenté

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

N° de Sécurité sociale :

Désignation et adresse de la collectivité 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 (radiologies, examens biologiques)

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte	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

Note explicative

Attestation de prise en charge des honoraires des praticiens à remettre aux agents placés en accident de service, trajet ou maladie professionnelle

Chaque praticien ou auxiliaire médical (médecin, pharmacien, etc.) devra compléter le volet et le **retourner sous 90 jours** maximum après la réalisation de chaque acte pour règlement à **l'adresse indiquée en haut du recto** (accompagné si cela n'a pas été fait de son **RIB au format BIC IBAN**).

Le volet doit être présenté par l'agent à chacun des praticiens ou auxiliaires médicaux consultés, suite à l'accident.

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

A remplir par le praticien et à nous retourner à l'adresse ci-après
sous 90 jours après chaque acte

RELEVÉ DES HONORAIRES DU PRATICIEN

■ LE REMBOURSEMENT DES SOINS DOIT IMPÉATIVEMENT ÊTRE DEMANDÉ DANS LES 90 JOURS QUI SURVIENT 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 du volet original de cette liasse.

■ L'agent ou doit transmettre sa carte VITALE au praticien et ne doit rien renvoyer à la Sécurité sociale. Cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité employeur. Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité 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 de son médecin conseil.

■ Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge

À compléter par la collectivité

Accident de service, trajet ou maladie professionnelle

Survenu le : _____

Déclaré le : _____

Agent accidenté
Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Désignation et adresse de la collectivité employeur : _____

À compléter par le praticien

JOINDRE VOTRE RIB au format BIC IBAN pour permettre le règlement de la prestation et aux honoraires
Transmettre les originaux des ordonnances, prescriptions, certificats, examens complémentaires

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte	Part assurée(s) réglée	Montant(s) en euros
			oui non	

(voir modalités au verso)

Le praticien tenu(e) d'insérer à porter enchaînement dans le tableau les actes effectués 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) ou de tentative d'escroquerie (articles L. 313-1 et L. 313-3 du Code pénal). Le montant global des cotisations relatives à :

€

Fait à _____

le : _____

Signature et cachet du praticien

Le présent document est la propriété de la collectivité employeur. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la collectivité employeur est formellement interdite. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la collectivité employeur est formellement interdite. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la collectivité employeur est formellement interdite.

À remplir par l'employeur avant de délivrer la liasse à l'agent accidenté :

Précisez la date et l'heure de l'accident de service, trajet

Indiquez le jour où l'accident de service, trajet a été déclaré par l'agent ou la date de reconnaissance de la maladie professionnelle

Précisez les renseignements relatifs à l'agent

Notez votre raison sociale et votre adresse

À remplir par le praticien :

Pour rappel, ne demandez pas la carte VITALE de l'agent.

- Chaque praticien devra inscrire dans ce cadre les renseignements le concernant et faire parvenir toutes les pièces nécessaires (ex. : demandes d'entente préalable, prescriptions, ordonnances...).
- Les dépassements liés à certains actes ou soins relevant de la LPP pourront faire l'objet d'une indemnisation partielle, le solde étant alors réglé au praticien par l'employeur.
- L'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis de son médecin conseil.

À l'attention de l'agent :

Ne transmettez pas votre carte VITALE au praticien et n'envoyez rien à la Sécurité sociale. Cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité employeur. Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité ou à l'établissement 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 de son médecin conseil.

À remplir par le praticien et à nous retourner à l'adresse ci-après
sous 90 jours après chaque acte



Centre de gestion
de la fonction publique
territoriale de la Charente

Centre de Gestion de la Charente
30, rue Denis Papin
CS 12213 - 16022 Angoulême cedex
Tél. : 05 45 69 70 02
Fax. : 05 45 95 35 89
E.mail : cdg16@cdg16.fr

RELEVÉ DES HONORAIRES DU PRATICIEN

- **LE REMBOURSEMENT DES SOINS DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE DEMANDÉ 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 du volet original de cette liasse.
- **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 la collectivité employeur.** Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité 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 de son médecin conseil.
- Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité

Accident de service, trajet ou maladie professionnelle

Survenu le : à h

Déclaré le : Siège des lésions :

Agent accidenté

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

N° de Sécurité sociale :

Désignation et adresse de la collectivité 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 (radiologies, examens biologiques)

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte	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

Note explicative

Attestation de prise en charge des honoraires des praticiens à remettre aux agents placés en accident de service, trajet ou maladie professionnelle

Chaque praticien ou auxiliaire médical (médecin, pharmacien, etc.) devra compléter le volet et le **retourner sous 90 jours** maximum après la réalisation de chaque acte pour règlement **à l'adresse indiquée en haut du recto** (accompagné si cela n'a pas été fait de son **RIB au format BIC IBAN**).

Le volet doit être présenté par l'agent à chacun des praticiens ou auxiliaires médicaux consultés, suite à l'accident.

Merci de vérifier que les informations soient bien transcrites sur l'ensemble du feuille
À remplir par le praticien et à nous retourner à l'adresse ci après
sous 90 jours après chaque acte

RELEVÉ DES HONORAIRES DU PRATICIEN

■ LE REMBOURSEMENT DES SOINS DOIT IMPÉRIEUSEMENT ÊTRE DEMANDÉ 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 du volet original de cette liasse.
■ 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 la collectivité employeur. Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge sociale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité 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 de son médecin conseil.
■ Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle peuvent être pris en charge.

À compléter par la collectivité

Accident de service, trajet ou maladie professionnelle

Survenu le : à h

Déclaré le : Siège des lésions :

Agent accidenté
Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

N° de Sécurité sociale :

Désignation et adresse de la collectivité 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 (radiologie, ostéopathie, kinésithérapie...)

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte	Part assurée(é) réglée	Montant(s) en euros
			oui non	

(voir modalités au verso)

Le praticien tenu(e) responsable de porter exclusivement dans le tableau les actes médicaux liés à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle survenus à l'agent, mentionnés ci-dessus, sous peine des risques encourus en cas de fausse ou fautive déclaration (article L. 441-7 du Code pénal) en cas d'astroscopie ou de tarification d'astroscopie (articles L. 312-1 et L. 312-3 du Code pénal). Le montant global de ces honoraires s'élève à : €

Fait à le :

Signature et cachet du praticien

1. Traitement réservé aux agents placés en accident de service, trajet ou maladie professionnelle. La collectivité employeur est responsable de la prise en charge de ces actes. L'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis de son médecin conseil. Le volet doit être présenté par l'agent à chacun des praticiens ou auxiliaires médicaux consultés, suite à l'accident.

À remplir par l'employeur avant de délivrer la liasse à l'agent accidenté :

Précisez la date et l'heure de l'accident de service, trajet

Indiquez le jour où l'accident de service, trajet a été déclaré par l'agent ou la date de reconnaissance de la maladie professionnelle

Précisez les renseignements relatifs à l'agent

Notez votre raison sociale et votre adresse

À remplir par le praticien :

Pour rappel, ne demandez pas la carte VITALE de l'agent.

- Chaque praticien devra inscrire dans ce cadre les renseignements le concernant et faire parvenir toutes les pièces nécessaires (ex. : demandes d'entente préalable, prescriptions, ordonnances...).
- Les dépassements liés à certains actes ou soins relevant de la LPP pourront faire l'objet d'une indemnisation partielle, le solde étant alors réglé au praticien par l'employeur.
- L'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis de son médecin conseil.

À l'attention de l'agent :

Ne transmettez pas votre carte VITALE au praticien et n'envoyez rien à la Sécurité sociale. Cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité employeur. Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité ou à l'établissement 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 de son médecin conseil.

À remplir par le praticien et à nous retourner à l'adresse ci-après
sous 90 jours après chaque acte



Centre de gestion
de la fonction publique
territoriale de la Charente

Centre de Gestion de la Charente
30, rue Denis Papin
CS 12213 - 16022 Angoulême cedex
Tél. : 05 45 69 70 02
Fax. : 05 45 95 35 89
E.mail : cdg16@cdg16.fr

RELEVÉ DES HONORAIRES DU PRATICIEN

- **LE REMBOURSEMENT DES SOINS DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE DEMANDÉ 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 du volet original de cette liasse.
- **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 la collectivité employeur.** Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité 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 de son médecin conseil.
- Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité

Accident de service, trajet ou maladie professionnelle

Survenu le : à h

Déclaré le : Siège des lésions :

Agent accidenté

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

N° de Sécurité sociale :

Désignation et adresse de la collectivité 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 (radiologies, examens biologiques)

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte	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

Note explicative

Attestation de prise en charge des honoraires des praticiens à remettre aux agents placés en accident de service, trajet ou maladie professionnelle

Chaque praticien ou auxiliaire médical (médecin, pharmacien, etc.) devra compléter le volet et le **retourner sous 90 jours** maximum après la réalisation de chaque acte pour règlement **à l'adresse indiquée en haut du recto** (accompagné si cela n'a pas été fait de son **RIB au format BIC IBAN**).

Le volet doit être présenté par l'agent à chacun des praticiens ou auxiliaires médicaux consultés, suite à l'accident.

Merci de vérifier que les informations soient bien transcrits sur l'ensemble du volet

A remplir par le praticien et à nous retourner à l'adresse ci après sous 90 jours après chaque acte

RELEVÉ DES HONORAIRES DU PRATICIEN

■ LE REMBOURSEMENT DES SOINS DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE DEMANDÉ DANS LES 90 JOURS QUI SUIVENT LA RÉALISATION DES ACTES.

■ Le des-paiement étant subordonné à l'utilisation de l'attestation de prise en charge, tout titre de paiement doit être accompagné du volet original de cette liasse.

■ L'agent ne doit pas transmettre sa carte VITALE au praticien et ne doit rien renvoyer à la Sécurité sociale. Cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité employeur. Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité 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 de son médecin conseil.

■ Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité

Accident de service, trajet ou maladie professionnelle

Survenu le : _____

Déclaré le : _____

Agent accidenté

Nom : _____

Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Désignation et adresse de la collectivité 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, radiologies, examens biologiques...)

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte	Part assurée(s) réglée	Montant(s) en euros
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

(voir modalités au verso)

La collectivité employeur 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 du faux (article L.1617 du Code pénal) en cas d'escroquerie ou de tentative d'escroquerie (articles L. 319-1 et L. 319-3 du Code pénal). La responsabilité de cet honoraire s'étend à :

Fait à _____

le : _____

Signature et cachet du praticien

Le praticien a droit à un paiement de 100% de ses honoraires, à condition que l'acte soit couvert par l'assurance de la collectivité employeur. En cas de règlement partiel, le solde est réglé par l'assureur. L'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis de son médecin conseil.

À remplir par l'employeur avant de délivrer la liasse à l'agent accidenté :

Précisez la date et l'heure de l'accident de service, trajet

Indiquez le jour où l'accident de service, trajet a été déclaré par l'agent ou la date de reconnaissance de la maladie professionnelle

Précisez les renseignements relatifs à l'agent

Notez votre raison sociale et votre adresse

À remplir par le praticien :

Pour rappel, ne demandez pas la carte VITALE de l'agent.

- Chaque praticien devra inscrire dans ce cadre les renseignements le concernant et faire parvenir toutes les pièces nécessaires (ex. : demandes d'entente préalable, prescriptions, ordonnances...).
- Les dépassements liés à certains actes ou soins relevant de la LPP pourront faire l'objet d'une indemnisation partielle, le solde étant alors réglé au praticien par l'employeur.
- L'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis de son médecin conseil.

À l'attention de l'agent :

Ne transmettez pas votre carte VITALE au praticien et n'envoyez rien à la Sécurité sociale. Cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité employeur. Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité ou à l'établissement 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 de son médecin conseil.

À remplir par le praticien et à nous retourner à l'adresse ci-après
sous 90 jours après chaque acte



Centre de gestion
de la fonction publique
territoriale de la Charente

Centre de Gestion de la Charente
30, rue Denis Papin
CS 12213 - 16022 Angoulême cedex
Tél. : 05 45 69 70 02
Fax. : 05 45 95 35 89
E.mail : cdg16@cdg16.fr

RELEVÉ DES HONORAIRES DU PRATICIEN

- LE REMBOURSEMENT DES SOINS DOIT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE DEMANDÉ 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 du volet original de cette liasse.
- **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 la collectivité employeur.** Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité 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 de son médecin conseil.
- Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité

Accident de service, trajet ou maladie professionnelle

Survenu le : à h

Déclaré le : Siège des lésions :

Agent accidenté

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

N° de Sécurité sociale :

Désignation et adresse de la collectivité 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 (radiologies, examens biologiques)

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte	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

SOPCAP - FC1330-03 - 05/2014

SOPCAP - FC1330-03 - 05/2014

Note explicative

Attestation de prise en charge des honoraires des praticiens à remettre aux agents placés en accident de service, trajet ou maladie professionnelle

Chaque praticien ou auxiliaire médical (médecin, pharmacien, etc.) devra compléter le volet et le **retourner sous 90 jours maximum** après la réalisation de chaque acte pour règlement **à l'adresse indiquée en haut du recto** (accompagné si cela n'a pas été fait de son **RIB au format BIC IBAN**).

Le volet doit être présenté par l'agent à chacun des praticiens ou auxiliaires médicaux consultés, suite à l'accident.

Merci de vérifier que les informations soient bien transmises sur l'ensemble du volet.

A remplir par le praticien et à nous retourner à l'adresse ci-après **sous 90 jours après chaque acte**

RELEVÉ DES HONORAIRES DU PRATICIEN

LE REMBOURSEMENT DES SOINS DOIT IMPÉCATIVEMENT ÊTRE DEMANDÉ DANS LES 90 JOURS QUI SUIVENT LA RÉALISATION DES ACTES.

Le tiers-payant étant subordonné à l'émission de l'attestation de prise en charge, tout acte de paiement doit être accompagné du volet original de cette liasse.

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 la collectivité employeur. Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité 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 de son médecin conseil.

Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité

Accident de service, trajet ou maladie professionnelle

Survenu le : _____

Déclaré le : _____ Siège des lésions : _____

Agent accidenté
Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Désignation et adresse de la collectivité 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, prescriptions, ordonnances, ordonnances...

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte	Part assurée/ réglée	Montant(s) en euros
			oui / non	

(voir modalités au verso)

Le praticien assujéti s'engage à porter exclusivement dans le tableau les actes imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle survenus à l'agent, mentionnés ci-dessus, sous peine des risques encourus en cas de faut 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). Les éléments relatifs aux honoraires s'adressent à :

Fait à _____ Signature et cachet du praticien

le : _____

Le règlement est dû par l'agent de la collectivité employeur. Les honoraires sont remboursés à la collectivité de l'agent. En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité 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 de son médecin conseil.

À remplir par l'employeur avant de délivrer la liasse à l'agent accidenté :

Précisez la date et l'heure de l'accident de service, trajet

Indiquez le jour où l'accident de service, trajet a été déclaré par l'agent ou la date de reconnaissance de la maladie professionnelle

Précisez les renseignements relatifs à l'agent

Notez votre raison sociale et votre adresse

À remplir par le praticien :

Pour rappel, ne demandez pas la carte VITALE de l'agent.

- Chaque praticien devra inscrire dans ce cadre les renseignements le concernant et faire parvenir toutes les pièces nécessaires (ex. : demandes d'entente préalable, prescriptions, ordonnances...).
- Les dépassements liés à certains actes ou soins relevant de la LPP pourront faire l'objet d'une indemnisation partielle, le solde étant alors réglé au praticien par l'employeur.
- L'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis de son médecin conseil.

À l'attention de l'agent :

Ne transmettez pas votre carte VITALE au praticien et n'envoyez rien à la Sécurité sociale. Cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité employeur. Le centre de gestion et l'assureur se subrogent à celle-ci pour la prise en charge totale ou partielle des frais (voir modalités au verso). En cas de règlement partiel, votre facture sera transmise à la collectivité ou à l'établissement 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 de son médecin conseil.