



**BON DE PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS DE SERVICE / TRAJET OU DES MALADIES IMPUTABLES AU SERVICE**  
*Pour les agents affiliés à la CNRACL*

A compléter par le professionnel de santé pour le règlement des honoraires et à envoyer à l'adresse suivante

accompagné des justificatifs et du RIB:

**WTW Groupe Sud**  
 TSA 60300  
 69303 LYON CEDEX 07

**NE PAS UTILISER LA CARTE VITALE**

**EMPLOYEUR**

Collectivité ou Etablissement :

Cachet obligatoire :

**Original obligatoire**

**VICTIME**

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro sécurité sociale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Clé | | |

**ACCIDENT DE SERVICE/TRAJET (AT) OU MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE / MALADIE PROFESSIONNELLE**

Date de l'accident (AT) ou de la maladie imputable au service (MP) : ..... Date de la rectitude : .....

Siège des lésions : .....

**PRATICIEN (Joindre obligatoirement les originaux)**

Ne tardez pas à nous adresser vos notes d'honoraires. Toute demande reçue au-delà de 90 jours à compter de la date de début de soins ne pourra être prise en charge par l'assureur de la collectivité

Cachet obligatoire :

N° ADELI / FINESS :

Signature :

Date : ..... / ..... / .....

A compléter pour réception du justificatif de règlement : E. MAIL .....

**Releve des actes et des fournitures**

Date	Nature de l'acte	Délivrance d'un certificat médical (Oui / Non)	Montant

**Accompagné de votre RIB**

**TOTAL :**  €

Remboursement dans la limite de 100 % du Tarif de Convention

## Le bon de prise en charge

### DELIVRANCE

#### ▪ Par l'employeur

Un bon est remis à la victime. Une déclaration d'accident doit être adressée sous 48h ;

Les rubriques « Employeur », « Victime », « Accident » doivent être complétées lisiblement.

En cas de renouvellement, de rechute ou de maladie imputable au service / maladie professionnelle, seul l'employeur est habilité à délivrer les bons de prise en charge.

Les bons dont la partie employeur sera photocopiée, ne seront pas acceptés

### UTILISATION

#### ▪ Par la victime

La victime remet un bon de prise en charge à chaque praticien, auxiliaire médical ou fournisseur afin de bénéficier de la dispense des frais engagés.

#### ▪ Par le médecin

Le médecin conserve le bon de prise en charge.

Après avoir été complété, ce bon est à adresser à WTW Groupe Sud – TSA 60300 – 69303 LYON CEDEX 07

Le médecin est tenu d'établir en 2 exemplaires :

- Un certificat médical descriptif initial, à l'occasion de la première constatation,
- Un certificat médical final de guérison ou de consolidation à la fin des soins

#### ▪ Par l'auxiliaire médical

Lorsque des actes paramédicaux sont nécessaires, l'auxiliaire médical doit compléter le bon de prise en charge et l'adresser, accompagné de la prescription médicale, à WTW Groupe Sud – TSA 60300 – 69303 LYON CEDEX 07

#### ▪ Par le pharmacien ou le fournisseur

Le pharmacien ou le fournisseur doit joindre au bon de prise en charge, les ordonnances et les vignettes des produits délivrés. Le tout est à envoyer à WTW Groupe Sud – TSA 60300 – 69303 LYON CEDEX 07