



L'assureur de toute une vie

A retourner à l'adresse ci-dessous

CENTRE DE GESTION DU CHER
BP 2001
18026 BOURGES Cedex

Téléphone : 02 48 50 82 51
Fax : 02 48 50 37 59



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.
- Le tiers-payant est un service mis à disposition de la collectivité ou de l'établissement employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat les liant. A ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
- N'envoyez rien à la Sécurité sociale, cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité ou l'établissement employeur. CNP Assurances se subroge 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.
- 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 / Établissement employeur :

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

Mlle, Mme, M. : Prénom :

agent employé par notre collectivité / établissement 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 Hospitalière et Territoriale** sur les accidents de service. Les frais médicaux et pharmaceutiques consécutifs à cet accident seront pris en charge par CNP Assurances.

La partie "**Relevé des honoraires médicaux**" doit être adressée à **CNP Assurances** 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
ou de l'établissement employeur

Le :

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



CENTRE DE GESTION DU CHER
BP 2001
18026 BOURGES Cedex

Téléphone : 02 48 50 82 51
Fax : 02 48 50 37 59



L'assureur de toute une vie

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

- **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.
- Le tiers-payant est un service mis à disposition de la collectivité ou de l'établissement employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat les liant. A ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
- N'envoyez rien à la Sécurité sociale, cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité ou l'établissement employeur. CNP Assurances 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.
- Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité ou l'établissement

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 ou de l'établissement employeur :

..... N° de client :

A 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	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

A conserver par le praticien



CENTRE DE GESTION DU CHER
BP 2001
18026 BOURGES Cedex

Téléphone : 02 48 50 82 51
Fax : 02 48 50 37 59



L'assureur de toute une vie

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

- **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.
- Le tiers-payant est un service mis à disposition de la collectivité ou de l'établissement employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat les liant. A ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
- N'envoyez rien à la Sécurité sociale, cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité ou l'établissement employeur. CNP Assurances 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.
- Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité ou l'établissement

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 ou de l'établissement employeur :

..... N° de client :

A 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	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 :					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/>

Fait à

le :

Signature et cachet du praticien

DUPLICATA A CONSERVER

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 feuillet

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

 L'assureur de toute une vie

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

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

■ Le tiers-payant étant autorisé 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 la collectivité ou de l'établissement employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat de santé. À ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.

■ Néanmoins, en la Sécurité sociale, cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité ou l'établissement employeur. CNP Assurances se substitue 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 en l'ajoutant 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.

■ Sous les seules imprudences à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité ou l'établissement

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 ou de l'établissement employeur :

N° de client :

A 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, avis de non-traitement)

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte	Part assurée(e) réglée ou	Montant(s) en Euro
.....	<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	.....

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 fausse ou usage de fausse (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

CNP Assurances - Siège social : 4, place Pascal Dautry - 75116 PARIS cedex 15
Société Anonyme au capital de 600 010 417 € enregistré au RCS - Statuts disponibles sur le site de l'assureur - RCS Paris 0 341 737 002
Contenu de la liasse et de l'original transmis à l'assureur, aux Agences et aux Lignes, peuvent être en outre communiqués et réutilisés en adressant une demande écrite à CNP Assurances - Département Honoraires Médicaux - 4, place Pascal Dautry - 75116 Paris Cedex 15

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

- 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.

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



CENTRE DE GESTION DU CHER
BP 2001
18026 BOURGES Cedex

Téléphone : 02 48 50 82 51
Fax : 02 48 50 37 59



L'assureur de toute une vie

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

- **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.
- Le tiers-payant est un service mis à disposition de la collectivité ou de l'établissement employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat les liant. A ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
- N'envoyez rien à la Sécurité sociale, cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité ou l'établissement employeur. CNP Assurances 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.
- Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité ou l'établissement

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 ou de l'établissement employeur :

..... N° de client :

A 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	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 :					<input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/>

Fait à

le :

Signature et cachet du praticien

A conserver par le praticien



CENTRE DE GESTION DU CHER
BP 2001
18026 BOURGES Cedex

Téléphone : 02 48 50 82 51
Fax : 02 48 50 37 59



L'assureur de toute une vie

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

- **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.
- Le tiers-payant est un service mis à disposition de la collectivité ou de l'établissement employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat les liant. A ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
- N'envoyez rien à la Sécurité sociale, cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité ou l'établissement employeur. CNP Assurances 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.
- Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité ou l'établissement

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 ou de l'établissement employeur :

..... N° de client :

A 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	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

DUPLICATA A CONSERVER

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 feuillet

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

 L'assureur de toute une vie

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

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

■ Le tiers-payant étant autorisé 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 la collectivité ou de l'établissement employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat de santé. À ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.

■ Néanmoins, en la Sécurité sociale, cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité ou l'établissement employeur. CNP Assurances se subroge 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 en l'ajout 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.

■ Sous les seules imprudables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité ou l'établissement

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 ou de l'établissement employeur :

N° de client :

A 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, analyses biologiques)

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte	Part assurée(e) réglée ou	Montant(s) en Euro
.....	<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	.....

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 fausse ou usage de fausse (articles L. 441-1 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

CNP Assurances - Siège social : 4, place Pascal Dautry - 75116 PARIS cedex 15
Société Anonyme au capital de 600 010 417 € enregistré au RCS - Statuts régis par le Code des assurances - RCS Paris 0 341 737 002
Complément d'avis de gestion 1916 relatif à l'information, aux Achats et aux Livres. Pour plus d'informations et de détails en adressant une demande écrite à CNP Assurances
Département Honoraires Médicaux - 4, place Pascal Dautry - 75116 Paris Cedex 15

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

- 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.

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



CENTRE DE GESTION DU CHER
BP 2001
18026 BOURGES Cedex

Téléphone : 02 48 50 82 51
Fax : 02 48 50 37 59



L'assureur de toute une vie

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

- **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.
- Le tiers-payant est un service mis à disposition de la collectivité ou de l'établissement employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat les liant. A ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
- N'envoyez rien à la Sécurité sociale, cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité ou l'établissement employeur. CNP Assurances 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.
- Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité ou l'établissement

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 ou de l'établissement employeur :

..... N° de client :

A 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	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

A conserver par le praticien



CENTRE DE GESTION DU CHER
BP 2001
18026 BOURGES Cedex

Téléphone : 02 48 50 82 51
Fax : 02 48 50 37 59



L'assureur de toute une vie

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

- **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.
- Le tiers-payant est un service mis à disposition de la collectivité ou de l'établissement employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat les liant. A ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
- N'envoyez rien à la Sécurité sociale, cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité ou l'établissement employeur. CNP Assurances 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.
- Seuls les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité ou l'établissement

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 ou de l'établissement employeur :

..... N° de client :

A 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	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

DUPLICATA A CONSERVER

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 feuillet

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

 L'assureur de toute une vie

RELEVÉ DES HONORAIRES MÉDICAUX

■ LE REMBOURSEMENT DES SOINS DOIT IMPÉCATIVEMENT ÊTRE DEMANDÉ DANS LES 90 JOURS QUI SUIVENT LA RÉALISATION DES ACTES.
■ Le tiers-payant étant autorisé 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 la collectivité ou de l'établissement employeur par CNP Assurances pendant la période d'effet du contrat de santé. À ce titre, ce service est subordonné à la bonne exécution dudit contrat.
■ Néanmoins, en la Sécurité sociale, cet accident de service, trajet ou maladie professionnelle est couvert par la collectivité ou l'établissement employeur. CNP Assurances se substitue 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 en l'ajoutant pour règlement de celui-ci. L'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis de son médecin conseil.
■ Sous les soins imputables à l'accident de service, trajet ou maladie professionnelle seront pris en charge.

À compléter par la collectivité ou l'établissement

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 ou de l'établissement employeur :
N° de client :

A 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, avis de non-traitement)

Date de l'acte médical	Date de l'ordonnance	Désignation de l'acte	Part assurée(e) réglée ou	Montant(s) en Euro
.....	<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	.....

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 fausse ou usage de fausse (articles 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

CNP Assurances - Siège social : 4, place Pascal Dautry - 75116 PARIS cedex 15
Société Anonyme au capital de 600 010 417 € enregistré au Tribunal de Commerce de Paris - RCS Paris 0 341 737 002
Complément d'avis de gestion 1916 relative à l'information, aux Achats et aux Livraisons. Pour plus d'informations sur la communication et l'application en adressant une demande écrite à CNP Assurances
Dont dépendent honoraires médicaux - 4, place Pascal Dautry - 75116 Paris Cedex 15

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

- 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.