BON DE PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS DE SERVICE/TRAJET

OU DES MALADIES IMPUTABLES AU SERVICE

***Pour les agents affiliés à la CNRACL (Régime spécial des fonctionnaires)***

**GRAS SAVOYE ORMES**

 2 Rue de Gourville

 45911  Orléans Cedex 9

Tél. : 02.38.70.36.10

Fax : 02.38.70.36.00

# 

# **NE PAS UTILISER LA CARTE VITALE**

**MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT LA PROCEDURE INDIQUÉE AU VERSO**

**AVANT DE RENSEIGNER CE DOCUMENT**

# 

###### Collectivité territoriale, Employeur public

**Collectivité ou Etablissement :** --------------------------------------------------------------------------------------- **Cachet obligatoire :**

###### AGENT

**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 rechute : --------- / --------- / ---------

Siège des lésions : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

###### praticien (Joindre obligatoirement les originaux)

**N° ADELI / FINESS :**

**Cachet obligatoire : Signature : Date :** --------- **/** --------- **/** ---------

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Relevé 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**

**À TRANSMETTRE SANS DÉLAI POUR UNE PRISE EN CHARGE RAPIDE SOIT :**

**Par voie postale : Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Haute Garonne**

**590 rue Buissonnière - 31676 LABEGE CEDEX**

**Par mail :** [**assurance@cdg31.fr**](mailto:assurance@cdg31.fr)

**CDG 31 - CONTRAT GROUPE ASSURANCE STATUTAIRE – 2026 – AGENTS CNRACL 1/2**

PROCEDURE DE TRAITEMENT D’UN BON DE PRISE EN CHARGE POUR UN FONCTIONNAIRE TITULAIRE EN CAS D’ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

###### Contexte

Le présent document vous est remis par un agent de la fonction publique territoriale, au nom de sa collectivité employeur, pour la prise en charge des frais afférents à un potentiel accident de travail ou maladie professionnelle.

Dans ce cadre, le médecin traitant peut être amener à établir :

* 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.

Cet agent, affilié à la Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales (CNRACL), ne relève pas de la CPAM pour la prise en charge des indemnités journalières, des honoraires et frais médicaux attachés à un accident de travail ou à une maladie professionnelle.

Cette prise en charge relève de son employeur territorial qui a souscrit une assurance dite statutaire couvrant ces dépenses.

###### Traitement du bon de prise en charge

● **Vous êtes le médecin traitant**.

Vous devez :

* Remettre au patient les trois volets du formulaire papier CERFA n°11138\*05

Le patient remettra ces documents à son employeur public qui assurera la déclaration et la gestion administrative du dossier d’accident de travail ou de maladie professionnelle, conformément à la réglementation applicable dans la fonction publique territoriale.

* Transmettre au CDG31 le bon de prise en charge remis par le patient au nom de son employeur, renseigné et signé par vos soins, accompagné d’un RIB pour paiement des honoraires.

*ATTENTION vous ne devez pas :*

* *Utiliser la carte vitale du patient lors de l’émission du certificat médical ;*
* *Faire payer la consultation au patient ;*
* *Transmettre le formulaire CERFA par voie dématérialisée à la CPAM (incompétente en l’espèce).*

● **Vous êtes un professionnel de santé autre que le médecin traitant intervenant pour des actes paramédicaux :**

Vous devez transmettre au CDG31 le bon de prise en charge remis par le patient au nom de son employeur, renseigné et signé par vos soins, accompagné d’un RIB pour paiement des honoraires.

● **Vous êtes un pharmacien ou fournisseur :**

Vous devez transmettre au CDG31 le bon de prise en charge remis par le patient au nom de son employeur, renseigné et signé par vos soins, accompagné d’un RIB pour paiement des honoraires, de l’ordonnance et des vignettes des produits délivrés.

Merci pour votre collaboration

*Pour toute question : Service Contrats groupe 🕿 05 81 91 93 00 /* [*assurance@cdg31.fr*](mailto:assurance@cdg31.fr)

**CDG 31 - CONTRAT GROUPE ASSURANCE STATUTAIRE – 2026 – AGENTS CNRACL 2/2**