



**CENTRE DE GESTION DE LA MARNE**  
11, rue Carnot - CS 10105  
51007 CHALONS EN CHAMPAGNE  
Téléphone / Fax. : 09 51 29 48 61



# 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 CNP Assurances 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. CNP Assurances se subroge à celui-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 l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. CNP Assurances 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 ou hospitalière 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 CNP Assurances.

La partie "Relevé des honoraires médicaux" est à adresser à votre Centre de gestion sous un délai 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 l'employeur

Le :



**CENTRE DE GESTION DE LA MARNE**  
11, rue Carnot - CS 10105  
51007 CHALONS EN CHAMPAGNE  
Téléphone / Fax. : 09 51 29 48 61



## 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 CNP Assurances 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. CNP Assurances se subroge à celui-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 l'employeur de l'agent pour règlement du solde dû. CNP Assurances 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 : .....		
<b>Agent accidenté</b>		
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 : .....