

CNRACL



☎ 05.45.69.45.76 ou 05.45.69.45.86 📠 05.45.95.35.89



Signature

gent

N° Sécurité Sociale _____ Clé ____

Nom marital Entrée dans la collectivité ____/____/____ ☐ Temps Complet
Nom de jeune fille Enfant(s) à charge (au Sens Sécu) ☐ Temps Partiel %
Prénom Enfant(s) ouvrant droit au SFT ☐ Temps non Complet
 heures/mois

Catégorie : A ☐ B ☐ C ☐

M F

Date de Naissance / /

Sexe ☐ ☐

CPA

**POUR LES DELAIS DE DECLARATION, REPORTEZ-VOUS A VOS CONDITIONS GENERALES
ATTENTION, TOUTE DEMANDE TRANSMISE HORS DELAI NE SERA PAS PRISE EN CHARGE**

Ministre

- **AT** (Accident du Travail) - **MAT** (Maternité, Paternité) - **LM** (Longue Maladie) - **LD** (Longue Durée) - **MO** (Maladie Ordinaire)
MP (Maladie Professionnelle) **GP** (Grossesse Pathologique) **CP** (Couches Pathologique) **MDO** (Mise en Disponibilité)
TPT (Temps Partiel Thérapeutique)

[illegible]

* Merci d'utiliser les abréviations mentionnées ci-dessus (ex : AT, MAT, etc.)

Salaire

[illegible]

Joindre les bulletins de salaire pour la période de l'arrêt et les pièces justificatives.

Déclaration d'accident du travail ou Maladie Professionnelle

Utiliser l'imprimé spécifique

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour toute demande, veuillez-vous adresser à :
Gras Savoye Collectivité Locales - 2 à 8 rue Ancelle - BP 129 - 92202 Neuilly-sur-Seine Cedex.
 GROUPE SUD Collectivités Locales : 246 Boulevard Godard, BP 150, 33026 Bordeaux Cedex. Tél. 05 56 00 90 80. Télécopie : 05 56 00 90 81
 Siège social : 2 à 8, rue Ancelle - BP 129 92202 Neuilly-sur-Seine Cedex. Tél : 01 41 43 50 00. Télécopie : 01 41 43 55 55. <http://www.grassavoye.com>.
 S.A. au capital de 1 432 600 euros. 311 248 637 R.C.S. Nanterre N° FR 61311248637. Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N°07 001 707. (<http://www.orias.fr>)
 Sous le contrôle de l'ACAM, Autorité des Assurances et Mutuelles. 61, rue Talbott 75009 Paris

L'accident a-t-il donné lieu à un rapport hiérarchique ? ☐ Oui ☐ Non

L'accident a-t-il déclenché une analyse par un acteur de la prévention ? ☐ Oui ☐ Non

MESURES CORRECTIVES ET/OU PREVENTIVES MISES EN ŒUVRE SUITE A L'ANALYSE DE L'ACCIDENT

Mesures existantes

Mesures correctives

Mesures préventives

CODIFICATION (Entourer la codification appropriée dans les tables de références)

FILIERE DE L'AGENT

A Administrative
T Technique
C Culturelle
S Sportive
M Sociale
O Médico Sociale
E Médico Technique
P Sécurité
R Incendie et Secours
N Animation

Une seule codification doit être entourée par table.

CIRCONSTANCES

A Véhicule
B Déplacement
C Manipulation

Latéralité agent : ☐ Gaucher ☐ Droitier Lésions : ☐ Gauche ☐ Droite

ÉLÉMENT MATÉRIEL

A Chute ou glissement de plain pied
B Chute ou glissement avec dénivellation
C Effort de soulèvement / faux mouvement / manipulation de charge
D Outils à main / machine / appareil
E Objet ou masse en mouvement
F Véhicule et engin en mouvement
G Contact / Projection sang-urine-produits biologiques ou toxiques
H Agression, morsure, violence
I Rayonnement, radiation
J Gaz ou liquide ou vapeur sous pression
K Incendie, explosion
L Électricité
M Manipulation outils / instruments coupants - piquants - tranchants
N Pas d'élément matériel
O Autres

LIEU COLLECTIVITE LOCALE

A Locaux techniques
B Restauration
C Parties communes
D Voies et lieux publics
E Locaux administratifs
F Complexe sportifs
G Domicile d'un tiers
H Cimetière
I École-Crèches-Centre de loisirs
J Bâtiment annexe
K Parcs-Jardins-Espaces verts-Forêts
L Déchetterie

SIÈGE DES LÉSIONS

1 Région crânienne
2 Face (sauf nez et bouche)
3 Nez
4 Bouche (sauf dent)
5 Dents
6 Appareil auditif
7 Cou (sauf vertèbres cervicales)
8 Yeux
9 Épaule
10 Bras
11 Coude
12 Avant-bras
13 Poignet
14 Main : index et/ou pouce
15 Main : paume et dos
16 Main : autres doigts
17 Dos (sauf colonne vertébrale)
18 Région lombaire (sauf colonne vertébrale)
19 Colonne vertébrale : cervicales
20 Colonne vertébrale : dorsolombaire
21 Colonne vertébrale : sacrococcygien
22 Bassin
23 Abdomen
24 Thorax
25 Organes génitaux
26 Hanche
27 Cuisse
28 Genou
29 Jambe
30 Cheville
31 Pied : Orteils
32 Pied : Plante et dessus
33 Pied : Talon
34 Sièges multiples
35 Autres

NATURE DES LÉSIONS

A Contusion, hématome
B Plaque
C Piqûre
D Entorse, luxation
E Lumbago
F Sciatique, hernie discale, tassement vertébrale
G Lésion musculaire, tendineuse
H Réaction allergique ou inflammatoire, muqueuse ou cutanée
I Fracture, fêlure
J Lésion nerveuse ou neurologique
K Lésion interne
L Présence de corps étranger
M Brûlure, gelure
N Écrasement, amputation
O Intoxication / contamination
P Asphyxie, noyade
Q Lésions multiples
R Malaise avec ou sans perte de connaissance
S Troubles psychologiques
T Troubles sensoriels
U Tendinite, arthrite
V Autres natures de lésions

TACHE EXERCÉE LORS DE L'ACCIDENT

A Travail administratif
B Restauration collective
C Nettoyage et maintenance des locaux et du matériel
D Formation / Mission
E Entretien des espaces verts
F Voirie / Chantier
G Collecte et traitement des ordures ménagères
H Traitement des eaux / assainissement / électricité
I Circulation (locaux / voie publique)
J Accueil-Surveillance-Contrôle
K Activité funéraire
L Incendie / secours et autre intervention
M Activité physique et sportive
N Animation / enfance
O Transport de personnes ou marchandises
P Interventions spécialisées
Q Manœuvres/Exercices
R Opérations diverses-Protection des biens
S Autre tâche

RECONNAISSANCE ADMINISTRATIVE DE L'ACCIDENT (décret n°2008-1191 du 17/11/2008)

En attente de décision ☐

Observations de la hiérarchie

Imputable au service : ☐ Oui ☐ Non

L'agent

Fait à

Le / /

Signature :

L'autorité territoriale

Fait à

Le / /

Signature :

FRM-GES-14_V3

Société de courtage d'assurance et de réassurance

Siège social : 2 à 8 rue Ancelle BP 129 92202 Neuilly-sur-Seine Cédex Tél 01 41 43 50 00 Fax 01 41 43 55 55 <http://www.grassavoye.com> Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 EUR
311 248 637 R.C.S. Nanterre N° FR 61311248637 Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 001 707 (<http://www.oriass.fr>)
Sous le contrôle de l'ACP, Autorité de Contrôle Prudentiel 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9

**BON DE PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL
OU DES MALADIES PROFESSIONNELLES**

Pour les agents affiliés à

CNRACL

A COMPLETER PAR **LE PRESTATAIRE** MEDICAL POUR LE REGLEMENT DES HONORAIRES
ET A ENVOYER A L'ADRESSE SUIVANTE :



CDG 16 - 30 RUE DENIS PAPIN
CS 12213
16022 ANGOULEME CEDEX
Tél : 05.45.69.45.76 ou 05.45.69.45.86
Fax : 05.45.95.35.89



Employeur

Collectivité

ou Etablissement :

Victime

Nom : Prénom :

N° Sécurité Sociale : Clé :

Cachet obligatoire

ORIGINAL OBLIGATOIRE

Accident du Travail ou Maladie Professionnelle

Date de l'accident ou de la Maladie Professionnelle : / / Date de la Rechute : / /

Siège des lésions :

Praticien

Cachet obligatoire

NOM DU PRATICIEN :

UN BON PAR PRESTATAIRE

N° NATIONAL : / / / / / / / / /

Adresse mail : /

Signature : DATE : / /

IMPORTANT : JOINDRE LES ORIGINAUX (ORDONNANCES, VIGNETTES, FACTURES, FEUILLES DE SOINS...)

**VOTRE FACTURE DOIT ETRE RECEPTEE PAR NOS SERVICES DANS LES 90 JOURS SUIVANT
L'EXECUTION DE L'ACTE. PASSE CE DELAI, AUCUN PAIEMENT NE SERA EFFECTUE.**

RELEVÉ DES ACTES ET FOURNITURES

DATE	NATURE DE L'ACTE	DELIVRANCE D'UN CERTIFICAT MEDICAL (OUI/NON)	MONTANT

TOTAL €

Remboursement dans la limite de 100 % du Tarif de Convention

GRAS SAVOYE, Société de courtage d'assurance et de réassurance
Siège social : 2 à 8 rue Ancelle, BP 129, 92202 Neuilly-sur-Seine Cédex. Tél. 01 41 43 50 00. Fax 01 41 43 55 55. <http://www.grassavoie.com>.
Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 EUR.
311 248 637 R.C.S. Nanterre. N° FR 61311248637. Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 001 707. (<http://www.orias.fr>).
Gras Savoye est soumis au contrôle de l'ACP, Autorité de Contrôle Prudentiel. 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9

LE BON DE PRISE EN CHARGE

DELIVRANCE :

⇒ PAR L'EMPLOYEUR

UN BON EST REMIS A LA VICTIME. UNE DECLARATION D'ACCIDENT DOIT ETRE ADRESSEE SOUS 48 HEURES AU CENTRE DE GESTION DE LA CHARENTE. TOUTES LES RUBRIQUES « EMPLOYEUR »- «VICTIME » - « ACCIDENT » DOIVENT ETRE COMPLETEES **LISIBLEMENT**

EN CAS DE RENOUVELLEMENT, DE RECHUTE OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE,
SEUL L'EMPLOYEUR EST HABILITE A DELIVRER LES BONS DE PRISE EN CHARGE.

LES BONS DONT LA PARTIE EMPLOYEUR SERA PHOTOCOPIEE, NE SERONT PAS ACCEPTEES

UTILISATION :

⇒ PAR LA VICTIME

LA VICTIME REMET UN BON DE PRISE EN CHARGE A **CHAQUE** PRATICIEN, AUXILIAIRE MEDICAL, OU FOURNISSEUR AFIN DE BENEFICIER DE LA DISPENSE DES FRAIS ENGAGES.

⇒ PAR LE MEDECIN

LE MEDECIN CONSERVE LE BON DE PRISE EN CHARGE.

APRES AVOIR ETE COMPLETE, CE BON EST À ADRESSER AU CENTRE DE GESTION DE LA CHARENTE POUR REGLEMENT DES HONORAIRES.

LE MEDECIN EST TENU D'ETABLIR EN 2 EXEMPLAIRES :

- UN CERTIFICAT MEDICAL DESCRIPTIF INITIAL, A L'OCCASION DE LA PREMIERE CONSTATATION,
- UN CERTIFICAT MEDICAL FINAL DE GUERISON OU DE CONSOLIDATION A LA FIN DES SOINS.

⇒ PAR L'AUXILIAIRE MEDICAL

LORSQUE DES ACTES PARAMEDICAUX SONT NECESSAIRES, L'AUXILIAIRE MEDICAL DOIT COMPLETER LE BON DE PRISE EN CHARGE ET L'ADRESSER ACCOMPAGNE DE LA PRESCRIPTION MEDICALE AU CENTRE DE GESTION DE LA CHARENTE POUR REGLEMENT DES HONORAIRES.

⇒ PAR LE PHARMACIEN OU FOURNISSEUR

LE PHARMACIEN DOIT JOINDRE AU BON DE PRISE EN CHARGE LES ORDONNANCES ET LES VIGNETTES DES PRODUITS DELIVRES. LE TOUT EST ENVOYE AU CENTRE DE GESTION DE LA CHARENTE POUR REGLEMENT.