

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 Administratif
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

ÉLÉMENT MATÉRIEL

A Chute ou glissade de plain pied
B Chute ou glissade 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 ou 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 Epaule
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 : sacrococcyclen
22 Bassin
23 Abdomen
24 Thorax
25 Organes génitaux
26 Hanche
27 Cuisse
28 Genou
29 Jambe
30 Cheville
31 Pied : Orteil
32 Pied : Plante et dessus
33 Pied : Talon
34 Sièges multiples
35 Autres

NATURE DES LÉSIONS

A Contusion, hématome
B Plaie
C Piqûre
D Entorse, luxation
E Lumbago
F Sciatique, hernie discale, tassement vertébral
G Lésion musculaire, tendineuse
H Réaction allergique ou inflammatoire, muqueuse ou cutanée
I Fracture, fêture
J Lésion nerveuse ou neurologique
K Lésion interne
L Présence de corps étranger
M Brûlure, gelure
N Ecrasement, 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 Restoration collective
C Nettoyage et maintenance des locaux et du matériel
D Formation / Mission
E Entretien des espaces verts
F Voie / 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 :

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

Prénom :

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 :

1

UN BON PAR PRESTATAIRE

N° NATIONAL : / / / / / / / / /

Adresse mail /

Signature : _____ **DATE :** ___/___/___

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

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

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, 92200 Neuilly-sur-Seine Cédex. Tél. 01 41 43 50 00, Fax 01 41 43 55 55, <http://www.grassavoye.com>.
Société non cotée, sans action, au capital de 1.432.600 EUR.

8 637 R.C.S. Nanterre. N° FR 61311248637. Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le N° 07 001 707. (<http://www.orias.fr>)

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 ACCEPTES

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.